

fig. 37 et 38). WEBER taillait, dans la région mentonnière, deux lambeaux recourbés en arc de cercle, situés l'un au-dessus de l'autre et ayant leur base tournée latéralement et en sens opposé (Voir fig. 40 et 40 a).

Lorsqu'il s'agit d'une perte de substance quadrangulaire s'étendant jusqu'au menton, il ne convient guère de suivre le procédé de CHOPART, imité de celui de CELSE, et consistant à tailler dans la région sous-mentonnière un lambeau que l'on fait glisser de bas en haut. En effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer antérieurement, le lambeau ainsi obtenu présente l'inconvénient d'être dépourvu de muqueuse; en outre, il n'a pas une épaisseur suffisante pour reconstituer le bord libre de la lèvre dans sa forme à peu près normale. Lorsque la perte de substance quadrangulaire ne s'étend pas trop loin dans la direction du

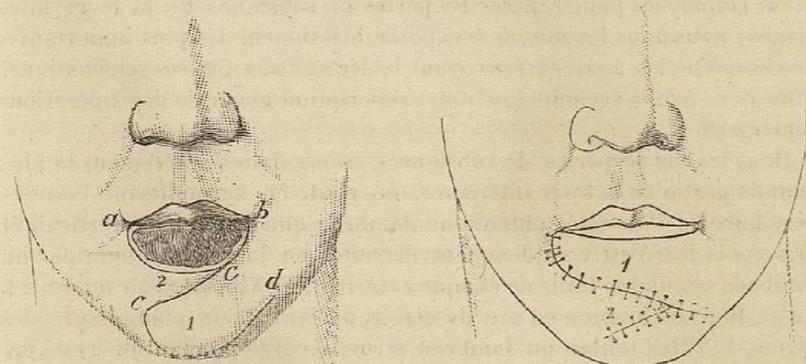


Fig. 78 et fig. 79. — Formation du lambeau mentonnier, d'après la méthode de LANGENBECK.

menton, on obtient quelquefois de très beaux résultats par la méthode de BRUNS, qui consiste à tailler les lambeaux dans la lèvre supérieure et les parties avoisinantes des joues (Voir fig. 34, 34 a, 34 b).

Dans ces derniers temps, RANKE a attiré l'attention sur une nouvelle méthode de cheiloplastie employée pour la première fois par LANGENBECK et décrite par BUSCH en 1869. Elle a été souvent utilisée avec succès à la clinique de VOLKMANN, et elle paraît présenter de sérieux avantages; ainsi le lambeau ne subit qu'une torsion minime, et possède une épaisseur et une résistance suffisantes; en outre, les joues restent intactes et l'orifice buccal ne subit de rétrécissement notable ni aussitôt après l'opération, ni dans la suite.

D'après les figures 78 et 79, empruntées au travail de RANKE, dans le cas où la lèvre inférieure est entièrement envahie par le néoplasme, on l'enlève d'abord par une incision *abc* à convexité dirigée en bas. On taille ensuite dans la région mentonnière un lambeau dont la base *bd* se trouve située latérale-

ment par rapport à l'orifice buccal; quant à son extrémité libre, elle n'arrive pas directement au-dessous de la perte de substance ovalaire, mais en est séparée par un petit lambeau cutané *ac*, de forme triangulaire à base tournée du côté opposé. Les deux lambeaux sont ensuite disséqués jusqu'à leur base, puis le lambeau proprement dit (1) est amené au-dessus de l'éperon triangulaire de façon que *dc* vienne se réunir à *ac*; quant au bord *bc* du lambeau, il est destiné à former le bord libre *ab*; on se gardera de lui donner une trop grande longueur, à cause du gonflement qui peut survenir dans la suite. Grâce à la mobilité de l'éperon (2) et de la partie de la peau du menton qui n'a pas été utilisée, on réussit généralement à combler complètement ou à peu près la perte de substance résultant de la confection du lambeau. Ce procédé présente aussi certains avantages lorsque le maxillaire inférieur ou les ganglions lymphatiques sous-jacents sont déjà infiltrés par le néoplasme. Dernièrement, TRÉLAT a décrit une méthode presque identique avec celle dont nous venons de donner la description. Il est très rare que l'on réussisse à doubler de muqueuse le bord libre de la lèvre ainsi reconstitué, mais il paraît que le résultat n'en est pas moins très satisfaisant.

Plus les lambeaux dont on se sert pour restaurer la lèvre inférieure sont empruntés à la lèvre supérieure, et plus aussi ils présentent d'analogies avec les tissus qu'ils doivent remplacer. D'autre part il importe, dans la confection des lambeaux, de ne pas mettre par trop à contribution le tissu des joues si l'on veut éviter un raccourcissement de ces dernières qui peut gêner le jeu de l'orifice buccal. Le procédé de SÉDILLOT, analogue à celui de BRUNS, emprunte les lambeaux à la partie inférieure de la face. On donne à la perte de substance une forme quadrangulaire, et l'on en prolonge les incisions latérales du côté du maxillaire inférieur. Puis en dehors de ces incisions et parallèlement à celles-ci, on en pratique une autre de chaque côté; on en réunit les extrémités inférieures par des incisions transversales, et l'on obtient ainsi deux lambeaux quadrangulaires que l'on ramène en haut sur la perte de substance.

Toutes les fois qu'il n'est pas possible de se procurer des lambeaux doublés de muqueuse, on devra chercher à emprunter un lambeau de cette dernière à la lèvre supérieure, en le taillant d'après le procédé de LANGENBECK (Voir plus haut).

À la clinique de Gottingue on n'a eu que rarement l'occasion, dans le cours des dernières années, de pratiquer la cheiloplastie à la suite de l'extirpation des carcinomes de la lèvre inférieure. Il est étonnant de voir, en effet, avec quelle facilité cette dernière se reconstitue, même après qu'elle a été presque entièrement enlevée, par la simple réunion des bords de la perte de substance. Lorsque, par exemple, on a enlevé la lèvre inférieure par une incision cunéiforme, et que l'on réunit les bords de la perte de substance, la lèvre supérieure enroulée sur elle-même en forme de trompe se trouve constituer à elle seule presque tout l'orifice buccal. Mais si par les précautions antiseptiques mentionnées déjà à propos de l'opération du bec-de-lièvre, on fait en sorte que les bords de la

plaie supportent bien la forte tension des sutures, la bouche ne tarde pas à reprendre sa conformation normale, si bien qu'au bout de six mois c'est à peine si l'on aperçoit encore des traces de la perte de substance.

C'est pour ce motif que je donne de nouveau la préférence dans beaucoup de cas à l'excision cunéiforme, même lorsque je suis obligé pour cela de sacrifier une portion de peau saine au niveau du menton. Cette méthode a en outre le grand avantage que l'on peut opérer rapidement, et que l'on n'a pas à s'inquiéter de l'hémostase. Après avoir préparé de grosses aiguilles courbes munies de fils épais, on enlève la tumeur par une large incision cunéiforme de la lèvre pratiquée à l'aide de forts ciseaux. Les mains d'un aide assurent l'hémostase en comprimant la lèvre de chaque côté de l'excision. Les aiguilles courbes sont aussitôt passées à travers les lèvres de la plaie à l'endroit où les artères donnent un jet de sang, et l'on arrête l'hémorragie par une traction énergique opérée sur les fils. Puis vient l'application exacte des points de suture.

§ 73. — La **lèvre supérieure** est très rarement le siège d'un carcinome, et il n'est pas fréquent non plus d'observer des pertes de substance limitées à cette partie de la bouche. Des brûlures peuvent donner lieu à des pertes de substance, qui souvent alors s'accompagnent d'un ectropion de la lèvre. Dans un cas observé par nous (*fig. 16*), la plus grande partie de la lèvre supérieure avait été détruite, et la portion muqueuse de cette dernière était renversée en dehors et fixée au nez qui, lui-même, présentait une perte de substance. Des processus ulcératifs, la syphilis, le lupus, peuvent également déterminer des rétractions considérables de la lèvre supérieure, avec dénudation des dents et renversement en dehors de la portion muqueuse qui, elle-même, est en général aussi détruite sur une certaine étendue. Dans ces cas, la lèvre supérieure se trouve réduite à un bourrelet cicatriciel fortement appliqué sur la gencive. Des déformations du même genre peuvent s'observer d'ailleurs aussi à la lèvre inférieure; ici encore les dents sont mises à nu et, par suite de la fermeture incomplète de l'orifice buccal, la salive s'écoule à l'extérieur.

Comme nous l'avons déjà mentionné, on observe aussi parfois à la lèvre supérieure des pertes de substance en relation avec un bec-de-lièvre. Le lobule médian semble faire alors défaut: la lèvre décrit un arc de cercle partant de l'une des commissures labiales pour se rendre à la sous-cloison et s'abaisser de là vers l'autre commissure. Ces cas ressemblent beaucoup aux pertes de substance avec ectropion, décrits plus haut, et on les opère aussi en général par le même procédé. Ce dernier consiste dans l'incision sinueuse de DIEFFENBACH, contournant les ailes du nez, et permettant de détacher ensuite la lèvre du maxillaire, de l'attirer en bas, puis de réunir sur la ligne médiane, au-dessous du septum, la partie des deux lambeaux qui est limitée par la moitié inférieure de l'incision (*Voy. fig. 71*).

Dans les cas de pertes de substance considérables de la lèvre supérieure, on peut employer les mêmes méthodes que celles qui ont été décrites pour la lèvre inférieure. Ainsi, on peut tailler dans la peau des joues, sur les côtés du nez, deux lambeaux quadrangulaires que l'on ramène en bas (BRUNS, voir *fig. 34*,

dans les généralités sur les opérations plastiques). On utilisera autant que possible ce qui peut être resté du rebord muqueux de la lèvre. On peut aussi emprunter les lambeaux en dehors et en bas de la même manière que dans le procédé de SEDILLOT pour la lèvre inférieure. On a enfin, d'après la méthode de CELSE, taillé, aux dépens des joues, deux lambeaux à base tournée directement en dehors, et que l'on faisait glisser pour les réunir sur la ligne médiane (PAULI).

c. Rétrécissement de l'orifice buccal.

§ 74. — Les processus morbides généralement décrits comme des causes d'ulcération et de nécrose des tissus, la syphilis, le lupus, le noma etc., peuvent déterminer des rétrécissements plus ou moins considérables de l'orifice buccal par suite de la rétraction cicatricielle. Les brûlures peuvent avoir la même conséquence, peu importe, du reste, qu'elles aient été occasionnées par le feu ou par des liquides caustiques alcalins ou acides. C'est surtout au niveau des commissures que se produit à la suite d'ulcérations la rétraction cicatricielle, cause du rétrécissement.

Le rétrécissement peut présenter tous les degrés possibles. La soudure d'une commissure sans rigidité cicatricielle des lèvres, sans adhérence de ces dernières au maxillaire (**anchylochilie**), ainsi qu'on l'observe à la suite d'ulcérations mercurielles ou syphilitiques, ne constitue en somme qu'une simple déformation. Les rétrécissements plus prononcés qui surviennent à la suite du noma, des brûlures, du lupus (**sténochorie**), n'entraînent pas simplement une déformation, mais gênent en outre l'introduction des aliments; un autre inconvénient c'est que la bouche ne peut être nettoyée que d'une façon très incomplète; les dents s'incrustent de tartre et s'ébranlent, tandis que des restes d'aliments en putréfaction séjournent dans tous les recoins et replis de la cavité buccale. Le rétrécissement devient ainsi une affection très repoussante; en outre les fonctions de l'estomac et, par le fait, la nutrition en subissent une atteinte sérieuse. Cependant les aliments peuvent encore être introduits en certaine quantité pourvu qu'ils soient suffisamment divisés. Mais l'étroitesse de l'orifice buccal peut aller au point de laisser passer à peine un crayon (**atrésie**); l'alimentation devient alors plus difficile, et se borne finalement à l'ingestion de petites quantités de liquide, et, à défaut d'intervention chirurgicale, le malade finit par mourir de faim. Dans ces cas la peau voisine de l'orifice buccal est disposée en plis concentriques, et une difformité très notable vient ainsi s'ajouter aux inconvénients que nous venons de signaler.

Le **traitement** ne présente habituellement aucune difficulté dans les cas légers dans lesquels il s'agit seulement d'une soudure des commissures des lèvres. Il suffit alors d'inciser la commissure et de réunir la