

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'hémostasie. 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'hémostasie 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 (**anchoylochie**), 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

peau à la muqueuse par des sutures. Malheureusement ce procédé est presque toujours insuffisant parce que la peau et la muqueuse sont très rarement normales au niveau de la suture, et qu'elles présentent pour ainsi dire toujours des altérations cicatricielles. KRUGERHANSEN avait proposé de plonger un trocart à l'endroit où l'on veut établir la nouvelle commissure, puis d'y introduire des tiges métalliques de façon à créer une sorte de fistule complète qui peu à peu se tapissait d'épithélium, et que l'on réunissait alors à l'orifice buccal par une incision. On comprend aisément que ce procédé ne pouvait guère donner de bons résultats, et il faut arriver à DIEFFENBACH pour trouver une méthode rationnelle de traitement; celle-ci consiste à agrandir l'ouverture buccale jusqu'au point où l'on désire placer la nouvelle commissure, puis à recouvrir les bords de la plaie d'un lambeau de muqueuse emprunté à la joue ou à la lèvre. On pratique d'abord une incision transversale partant de l'orifice buccal pour se terminer au point où l'on veut former la nouvelle commissure. Comme la peau présente habituellement à ce niveau les caractères du tissu cicatriciel, on ne se borne pas à l'incision, mais on en excise une portion sous forme d'une bandelette elliptique. On se sert dans ce but du bistouri ou bien de ciseaux dont l'une des branches terminée en pointe est enfoncée entre la peau et la muqueuse jusqu'au point où se trouvera située la nouvelle commissure buccale. Puis on incise la muqueuse dans la même direction, mais sur une étendue moindre que l'excision de la peau. Enfin on dissèque la muqueuse de manière à la rendre plus mobile, et l'on s'en sert pour recouvrir entièrement les lèvres de la plaie.

La suture de la peau avec la muqueuse au niveau des commissures exige un soin tout particulier, car c'est ici surtout que l'on a à craindre la rétraction cicatricielle et la récurrence qui en est la conséquence. Lorsqu'on dispose d'une étendue de muqueuse suffisante, il est bon d'adopter la manière de faire de VELPEAU. Ce chirurgien donnait à l'incision de la muqueuse la forme d'un \bowtie c'est-à-dire qu'il la bifurquait en dehors. Le petit lambeau triangulaire ainsi délimité est alors rabattu en dehors et fixé par des sutures dans l'angle de l'incision cutanée. Si l'on ne dispose que d'une faible étendue de muqueuse, on fera bien de donner aussi à l'incision de la peau la forme que nous venons d'indiquer; le petit lambeau cutané que l'on rabat en dedans vient ainsi à la rencontre de la muqueuse qui doit être renversée en dehors (ROSER). L'opération que nous venons de décrire, et que DIEFFENBACH a désigné sous le nom de **stomatoplastie** (ou stomatopoesis) ne convient pas dans tous les cas. Quelquefois la muqueuse de la lèvre est conservée dans une étendue suffisante pour que l'on puisse opérer de la manière suivante: on plonge un bistouri à deux tranchants à 4 ou 5 millimètres de la commissure, puis en longeant successivement le bord libre muqueux de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure, on détache la muqueuse jusqu'au milieu de la

lèvre; du sommet de la bifurcation on agrandit ensuite l'orifice buccal autant qu'on le juge nécessaire, et l'on suture avec la peau, à l'extrémité externe de l'incision, le demi-anneau de muqueuse que l'on vient de détacher. L'opération consiste ainsi en un déplacement en dehors de la muqueuse disséquée en forme d'anneau ou d'un demi-anneau, grâce aux deux incisions bifurquées \bowtie , ou à l'incision unique en forme de \bowtie lorsqu'on n'agrandit l'orifice buccal que d'un seul côté (V. LANGENBECK.)

Supposons que dans le voisinage de la commissure que l'on veut restaurer, la muqueuse soit détruite tandis que la peau paraît saine; on est alors obligé d'utiliser celle-ci pour doubler l'angle de la plaie; on divise donc la peau par une incision en forme de \bowtie à bifurcation tournée en dehors, et l'on rabat en dedans le petit lambeau cutané triangulaire (JAESCHE). On peut aussi dans ces cas emprunter un lambeau à la joue pour en doubler la nouvelle commissure, mais on devra prendre garde alors que la cicatrice de la joue ne vienne gêner ensuite les mouvements de la mâchoire (SZYMANOWSKY). Du reste le rétrécissement de l'orifice buccal se complique très souvent d'une constriction cicatricielle des mâchoires.

Récemment, GUSSENBAUER, dans un cas semblable, a imaginé et mis à exécution une méthode d'autoplastie très compliquée, il est vrai, mais fort ingénieuse. Après avoir divisé les adhérences cicatricielles qui réunissaient les deux mâchoires, il tailla dans les joues, de chaque côté, un lambeau cutané, et, après plusieurs opérations successives, il parvint à renverser ce lambeau de façon que sa face externe vint remplacer la muqueuse détruite. Sur la face profonde devenue superficielle de ce lambeau, il en implanta un autre, pris dans les téguments de la région du maxillaire inférieur; cette dernière opération avait pour but de remplacer la peau des joues utilisée pour la confection du premier lambeau, et de doubler la commissure des lèvres (*Lang. Arch.* XXI, p. 326.).

4. Méloplastie. Restauration de la joue.

§ 75. — C'est d'après des règles analogues à celles que nous venons d'exposer que l'on cherchera à réparer les pertes de substance de la région de la commissure résultant de l'extirpation d'un carcinome, de même que celles de la joue dues à une ulcération ou à l'excision d'un néoplasme. Ici encore l'état de la muqueuse est d'une importance capitale. Si cette membrane est intacte et seulement plissée par suite de la rétraction cicatricielle de la peau, il s'agira simplement d'implanter un lambeau cutané sur la surface avivée de la perte de substance. Dans le cas dont nous avons donné plus haut le dessin (fig. 16), la perte de substance de la lèvre supérieure et de la joue put être facilement réparée par l'implantation d'un grand lambeau emprunté à la région temporale;