

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;

L'opération eut presque immédiatement pour effet de rendre au maxillaire inférieur sa mobilité à peu près normale. Mais lorsque la muqueuse a dû être extirpée avec le néoplasme ou a subi une transformation cicatricielle, il est nécessaire de se servir d'un lambeau revêtu d'épithélium sur ses deux faces. Malheureusement les parties qui pourraient le fournir sont tellement rapprochées des maxillaires que la cicatrice laissée par l'excision du lambeau diminue encore la hauteur de la joue déjà réduite par la perte de substance de la muqueuse, et la rétraction cicatricielle qui s'opère à la face interne des joues, entrave considérablement les mouvements du maxillaire (constriction cicatricielle des mâchoires).

Quelquefois on réussit à disséquer une certaine étendue de la muqueuse dans le voisinage de la perte de substance, et à en doubler le lambeau cutané destiné à combler cette dernière. Lorsque cette condition ne peut être réalisée, c'est à la région de la lèvre qu'il convient de s'adresser de préférence pour la réparation des pertes de substance peu étendues de la muqueuse de la joue.

Dans quelques cas on a tenté de fermer de petites perforations de la joue par le procédé suivant : dans le voisinage immédiat de la perte de substance on circonscrit un ou deux lambeaux de peau, que l'on dissèque de façon à pouvoir renverser en dedans leur surface épithéliale destinée à remplacer la muqueuse ; puis sur cette première couche on fixe un ou plusieurs lambeaux cutanés avec leur surface épithéliale tournée en dehors (V. LANGENBECK).

Lorsqu'on taille des lambeaux considérables aux dépens des joues, on doit faire en sorte de ne pas blesser le nerf facial ou le conduit de Sténon, et de ne pas déterminer du fait de l'opération plastique une déviation de la commissure des lèvres, de la paupière ou de l'aile du nez.

Nous ne pouvons nous étendre ici davantage sur les méthodes à suivre pour la réparation des pertes de substance de la joue. Les règles générales que nous venons d'exposer ainsi que les figures schématiques données plus haut, suffiront pour guider l'opérateur ; suivant l'étendue et la forme de la perte de substance, il empruntera le ou les lambeaux, soit au voisinage immédiat de cette dernière, soit à la région temporale, au front ou au cou. Les pertes de substance de la joue sont souvent compliquées de déformations semblables des lèvres, du nez, de la paupière inférieure, ainsi que d'une constriction cicatricielle des mâchoires, etc. ; les désordres sont alors irréparables ou ne peuvent être corrigés que par une série d'opérations plus ou moins complexes (Voir les travaux de SZYMANOWSKY).

e. Processus inflammatoires et néoplasiques de la bouche et de la face interne des joues et leurs conséquences. Constriction cicatricielle des mâchoires.

§ 76. — La muqueuse buccale est assez fréquemment le siège de processus inflammatoires, et beaucoup de personnes offrent une certaine pré-

disposition à des affections légères de ce genre ; tantôt celles-ci accompagnent la dentition, tantôt elles sont dues à l'irritation traumatique de la muqueuse par les saillies pointues de dents affectées de carie. Ces inflammations d'origine traumatique siègent principalement à la face interne des joues ; la petite ulcération produite par un chicot est le point de départ d'une stomatite généralisée que caractérisent l'augmentation de la sécrétion salivaire, le gonflement et la coloration blanchâtre de la muqueuse. La tuméfaction de cette dernière s'accompagne toujours d'un certain degré de ramollissement, comme le prouvent les empreintes bien marquées des dents sur la muqueuse des joues et de la langue. Il n'est pas rare d'observer une stomatite douloureuse ayant son origine au niveau des dernières grosses molaires. Dans les points où les dents de sagesse font leur apparition, la muqueuse est fortement tendue sur l'extrémité postérieure correspondante du rebord alvéolaire, et c'est à la tension de cette membrane que sont dues les douleurs vives qui très souvent accompagnent l'éruption de ces dents. L'incision de la muqueuse met ordinairement fin à ces douleurs. Lorsque le gonflement de la muqueuse est considérable, le bourrelet que forme cette membrane en arrière des dents, s'engage volontiers en avant entre les deux arcades alvéolaires, et se trouve pincé au moment du rapprochement des mâchoires ; il en résulte une ulcération de cette portion de la muqueuse. Les dents de sagesse se développent souvent tardivement et d'une façon irrégulière, leur couronne faisant à peine saillie au-dessus du rebord de la gencive ; aussi les phénomènes que nous venons de décrire surviennent ils volontiers aussi lorsqu'une carie de ces dents a provoqué un gonflement inflammatoire de la muqueuse.

Les ulcérations dont nous venons d'indiquer l'origine, acquièrent parfois une étendue considérable, et, comme la plupart des processus ulcératifs de la muqueuse buccale, elles prennent facilement un vilain aspect et sont recouvertes de débris gangréneux. Outre les inconvénients ordinaires de la stomatite, l'odeur repoussante de la bouche et la salivation, elles déterminent des phénomènes très désagréables de constriction des mâchoires. La bouche ne peut être ouverte à cause de la douleur à laquelle donne lieu, au niveau de l'ulcération, la tension produite par le mouvement d'abaissement du maxillaire. Si on laisse subsister la cause de la stomatite, cette dernière n'offre guère de tendance à la guérison spontanée, et les malades souffrent parfois énormément d'une affection qui en elle-même est sans importance.

Le traitement consiste le plus souvent dans l'incision ou l'excision du bourrelet de muqueuse situé en arrière de la dent qui a été le point de départ de l'inflammation, ainsi que dans l'emploi des gargarismes désinfectants. Lorsque les dents de sagesse sont atteintes de carie, on est presque toujours obligé d'en faire l'extraction si l'on veut prévenir des récurrences.