

draît intercaler la nouvelle, et surtout à l'extrême danger de vider l'œil pendant ces délicates manœuvres.

Dieffenbach a enlevé, comme nous l'avons dit, un leucoma de la cornée, en passant au moyen d'une aiguille fine trois fils de chaque côté de la tache, la circonscrivant ensuite par deux incisions elliptiques, et fermant immédiatement la plaie par trois points de suture. Il est évident qu'en supposant le leucoma placé de manière à gêner ou empêcher la vision, on courrait beaucoup moins de risque en pratiquant une pupille artificielle. On aurait encore la ressource de changer la position du globe de l'œil, au moyen de la myotomie oculaire, et de produire un strabisme dont la direction coïnciderait avec les points restés sains de la cornée.

CHÉILOPLASTIE.

Aucun organe n'offre des conditions plus favorables aux restaurations anaplastiques que les lèvres. Libres, minces, très-extensibles, soutenues par des plans osseux dont une membrane muqueuse les sépare, elles peuvent être enlevées, particulièrement l'inférieure, en partie ou en totalité, et facilement réparées avec les téguments des joues ou du cou. Aussi la méthode de Celse est-elle généralement en usage, et les méthodes indienne et italienne n'interviennent-elles qu'à titre de méthodes exceptionnelles.

Lèvre inférieure. L'affection qui nécessite le plus fréquemment la chéioplastie est le cancer de la lèvre inférieure; cependant les lupus, les brûlures, les gangrènes partielles et les pertes de substance traumatiques peuvent en être également des indications.

Une des conditions les plus heureuses de ces opérations est la conservation d'une muqueuse à la face interne de la nouvelle lèvre. Delpach en avait compris et exposé tous les avantages. On obtient généralement ce précieux résultat en reformant les lèvres par l'allongement des joues, qui sont susceptibles d'une extensibilité extraordinaire, et permettent, comme nous le verrons, les restaurations les plus remarquables.

Quelquefois néanmoins il est nécessaire de recourir à des procédés particuliers pour revêtir les lambeaux d'une membrane muqueuse. Werneck en 1817, Dieffenbach en 1830, avaient donné le moyen de recouvrir avec la muqueuse buccale les bords libres des lèvres dans des cas de stomoplastie sur lesquels nous reviendrons, et Serre, en 1835, conseilla de disséquer et de séparer la muqueuse de la face interne des lèvres, lorsque cette membrane n'avait pas

encore été envahie par le cancer. C'est là, sans contredit, une idée digne des plus grands éloges. Serre a cité des cas où son procédé fut mis en usage avec succès, et qui seront toujours des exemples à imiter.

Méthode italienne. Tagliacozzi se servait des téguments du membre supérieur pour la restauration des lèvres, comme le témoignent les dessins qu'il a laissés de ce genre d'opération. Cette méthode, justement abandonnée, ne saurait être employée, si jamais elle l'est encore, que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Méthode indienne. Delpach, préoccupé des inconvénients d'appliquer sur l'os maxillaire un lambeau privé de membrane muqueuse, imagina de reconstruire la lèvre inférieure avec les téguments de la région cervicale, relevés de bas en haut, légèrement tordus vers leur pédicule et doublés sur eux-mêmes, de manière à se trouver en contact par leur surface saignante. Delpach espérait que la peau, devenue partie constituante de la bouche et faisant l'office de muqueuse, on prendrait peu à peu les caractères; mais la gangrène s'empara du lambeau et l'opération resta sans succès.

Quelques autres tentatives par torsion d'un lambeau cervical ne furent pas heureuses, et cette opération ne paraît plus compter de partisans.

Procédé à double lambeau. M. Sédillot a exécuté plusieurs fois la restauration de la lèvre inférieure, par son procédé à double

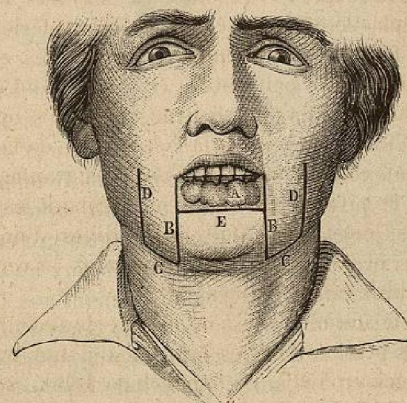


Fig. 450.

lambeau de la méthode indienne; et ses observations ont été publiées dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Mémoires*

de la Société de chirurgie, année 1860. Bon nombre de chirurgiens, après lui, l'ont employé avec succès.

Dans le cas où la totalité de la lèvre inférieure est détruite par un cancer ou toute autre cause, on l'enlève par une incision quadrilatère, et l'on taille de chaque côté de la joue un lambeau vertical D B C (fig. 450), que l'on peut prolonger, si la nécessité l'exige, sur la région cervicale. Les deux lambeaux qui en résultent, et qui ont la forme d'un quadrilatère allongé, doivent être doublés de la muqueuse buccale, que l'on conserve avec le plus grand soin sur leur face interne. Ils sont renversés par un mouvement de quart de cercle de bas en haut et de dehors en dedans, et assujettis horizontalement B A (fig. 451) bout à bout. Quelques

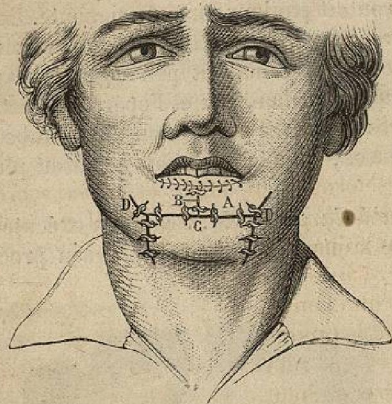


Fig. 451.

points de suture entortillée en unissent le bord inférieur au bord supérieur C de la perte de substance, et la muqueuse est fixée sur la surface libre de chaque lambeau par une suture en surjet. Avec la précaution de prolonger la base des lambeaux un peu au-dessus de la commissure latérale D D, et en donnant aux lambeaux une largeur suffisante, on obtient une nouvelle lèvre d'une grande perfection. La conservation de la membrane muqueuse détachée, s'il le faut, de l'intérieur des joues, permet de représenter le bourrelet libre et rosé de la lèvre. Les lambeaux sont trop courts et trop épais pour être frappés de gangrène, et l'opération offre les meilleures conditions de régularité et de succès.

Procédé de Celse. Nous avons déjà signalé les incisions droites ou courbes pratiquées par Celse, en dedans ou en dehors des lè-

vres, pour en favoriser l'allongement et la réunion. Sans recourir à ce procédé, ou parvient, dans le plus grand nombre des cas, à reformer la lèvre inférieure en circonscrivant les parties malades par une incision en V, *a a c* (fig. 452). On affronte ensuite les deux surfaces de la plaie et, pour peu qu'une petite étendue du bord libre de la lèvre ait été conservée, la perte de substance disparaît bientôt en raison de l'extensibilité. Si la lèvre a été détruite en totalité, on prolonge les commissures *b b* par une incision horizontale.

Si le cancer ou la difformité siègent vers l'une des commissures de la bouche, on peut imiter avec avantage les incisions en demi-étoile ou en Z de Serre, de manière à obtenir des cicatrices linéaires formant un angle droit ou représentant une sorte de Z majuscule à jambages écartés. Il est encore facile de

tailler des lambeaux quadrilatères, l'un buccal, l'autre cervico-mentonnier, que l'on affronte en allongeant le premier horizontalement, et en relevant le second de bas en haut. Lorsque le cancer occupe le pourtour de la commissure, on détache largement les parties molles de leurs attaches aux os maxillaires, pour faciliter le déplacement des lambeaux.

Procédé de Chopart. Ces moyens deviennent insuffisants quand le mal a détruit toute la lèvre inférieure au delà des commissures, et a envahi une portion du menton. L'art offre encore dans ce cas d'importantes ressources. Chopart a imaginé de comprendre toute la surface altérée entre deux incisions verticales prolongées sur la région sus-hyoïdienne; il en résultait un vaste lambeau

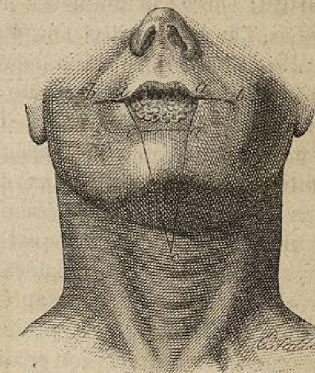


Fig. 452.

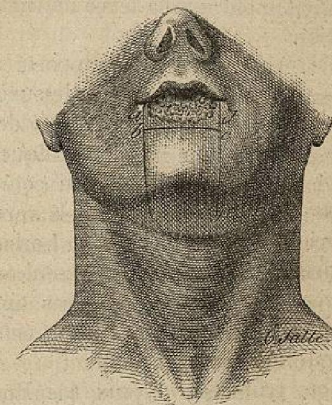


Fig. 453.