

quadrilatère *a b c d* (fig. 453), dont on retranchait carrément les tissus désorganisés; en relevant le reste du lambeau et en faisant pencher la tête du malade, on parvenait facilement à recouvrir l'os maxillaire et à reconstituer la lèvre. Celle-ci, il est vrai, manque d'une membrane muqueuse, si l'on n'a pu conserver, comme le conseillait Serre, la muqueuse normale; mais la difformité est dissimulée, l'os recouvert et l'écoulement de la salive en partie prévenu. Si le bord libre de la lèvre était intact, on le ménagerait avec le plus grand soin, comme M. Viguerie en a donné l'exemple, et le lambeau taillé par le procédé de Chopart y serait fixé. M. J. Roux a également modifié l'opération de Chopart, en enlevant d'abord tous les tissus cancéreux et en disséquant dans un second temps les téguments de la région cervicale, de manière à en former un large tablier avec lequel il emboîta véritablement le maxillaire, qu'il recouvrit aussi latéralement avec la peau des joues ramenée fortement en dedans après l'avoir détachée des parties en contact. M. Morgan, après avoir enlevé un vaste cancer de la lèvre inférieure, par une incision semi-lunaire étendue d'une commissure de la bouche à l'autre, fendit verticalement la peau sur la ligne médiane jusqu'au delà de l'os hyoïde. Il détacha ensuite les téguments de chaque côté et les releva pour y engager le menton à la manière de Chopart. Il n'y eut ainsi qu'une cicatrice centrale au lieu des deux cicatrices latérales de Chopart. On comprendrait difficilement que la lèvre nouvelle ait présenté une grande régularité.

M. Alph. Guérin a rapporté au professeur Syme un procédé dont il assure avoir retiré le succès le plus complet dans un cas de cancer ayant envahi la totalité de la lèvre. On fait partir de chaque commissure une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, qui croise celle du côté opposé au-dessous des tissus altérés, et se prolonge au delà vers la région sus-hyoïdienne, où on la termine par une incision horizontale. Le cancer enlevé, on ramène plus ou moins horizontalement en haut le bord supérieur des deux lambeaux triangulaires ainsi formés, pour reconstituer le bord libre de la lèvre, et on en affronte verticalement les bords inférieurs.

M. le docteur Gyoux (de Bordeaux), ayant obtenu par cette opération une lèvre inférieure d'une trop grande largeur, affaissée et laissant les dents à découvert d'un côté, remédia à ces inconvénients à l'aide du procédé décrit par M. Desgranges (de Lyon), pour parer à l'exubérance de la lèvre supérieure. Ce procédé, décrit sous le nom de *chéilo-stomatoplastie*, par le chirurgien de Lyon (1854), mérite d'être connu.

M. Desgranges, après avoir compris toute la lèvre inférieure cancéreuse entre les branches d'une incision en V, prolongée jusqu'à l'os hyoïde ou plus bas encore au besoin, dissèque les lambeaux et les détache du maxillaire de côté et en arrière, de façon à pouvoir les affronter, sans les tendre, sur la ligne médiane. Une incision transversale faite de chaque côté de la ligne d'affrontement des lambeaux sur les commissures labiales et les joues, dans une étendue de 0^m,020 à 0,025, reconstitue le bord libre de la nouvelle lèvre, et un lambeau triangulaire, à sommet supérieur, est enlevé de la joue pour diminuer l'étendue du bord libre de la lèvre supérieure devenue trop large.

L'habile chirurgien lyonnais a publié deux succès dus à son procédé; il en possède certainement aujourd'hui un plus grand nombre. Mais nous croyons, avec MM. Verneuil et Désormeaux (*Comptes rendus de la Société de chirurgie*, 1867), qu'entre des mains moins exercées, cette opération très-complexe offrirait plus de chances de réussite si l'excision du lambeau triangulaire de la joue était remise à une époque ultérieure. Nous considérons comme une indication principale, dans les opérations autoplastiques, de ne jamais sacrifier aucune partie sans nécessité absolue; cette partie pouvant offrir plus tard au chirurgien des ressources inespérées, et la nature ayant une puissance d'appropriation extraordinaire, en raison de la synergie fonctionnelle de tous nos organes.

Appréciation. Le point capital de toutes les opérations de chéioplastie est de doubler la nouvelle lèvre avec une membrane muqueuse, et c'est à ce point de vue que les divers procédés doivent être jugés. Avec un peu de hardiesse et d'expérience on peut espérer les résultats les plus brillants de l'autoplastie, et les nombreuses ressources de la méthode de Celse méritent d'être placées en première ligne. Dans le cas où la lèvre manque entièrement, le procédé à double lambeau nous paraît offrir une grande supériorité sur les procédés de Chopart, de M. Roux, de Morgan etc.

Lorsque la muqueuse qui revêt les lambeaux est trop tendue et insuffisante pour en recouvrir le bord libre, il faut la diviser et la séparer des tissus subjacents à une certaine distance, afin de la déplacer par glissement et de la fixer par quelques points de suture en surjet sur la face interne et supérieure de la lèvre; il faut aussi placer toujours le plein d'une languette libre dans l'angle de la commissure, si cette dernière a été détruite. Nous conseillons, dans tous les cas où une portion de la surface libre des lèvres est restée intacte, d'en enlever la muqueuse avec des ciseaux dans une étendue égale à la partie de la commissure que l'on veut recouvrir. On étire alors le lambeau muqueux, et comme il est très-

facile d'en doubler la longueur, on le réapplique, moitié sur la surface dont on l'a détaché et moitié sur la surface traumatique nouvelle, qui autrement s'en trouverait privée. Il suffit alors d'en fixer les bords par une double ligne de points de suture, et le lambeau aussi élargi qu'il a été allongé reforme parfaitement la lèvre et ne risque pas d'être déchiré à sa commissure.

Nous engageons le malade à tenir la bouche fermée pendant quelques jours, afin de bien marquer la plicature du lambeau muqueux. Les sutures sont enlevées le deuxième ou le troisième jour et remplacées par quelques fils imbibés de collodion; on obtient ainsi des guérisons extrêmement rapides. Un malade, opéré en 1865 d'un cancroïde de la commissure et d'une portion de la joue, quittait la clinique une semaine plus tard. Les lèvres étaient encore d'une hauteur inégale et la commissure restaurée un peu épaisse, ainsi que la joue; mais au bout d'un mois, les irrégularités avaient disparu. Telle est la condition essentielle du succès.

Lorsqu'une tumeur épithéliale est limitée au quart ou même au tiers de la largeur de la lèvre et n'en a pas envahi toute l'épaisseur, il n'est pas toujours nécessaire de recourir à la chéiloplastie après l'opération; il suffit d'attirer fortement la tumeur avec les doigts ou avec des pincés à griffes, et de la retrancher à sa base avec des ciseaux courbes sur le plat portés profondément; la plaie résultant de cette opération est pansée à plat, et la cicatrice qui se produit comble, en se rétractant, la perte de substance. Des sujets opérés par ce procédé ne conservaient, quelques semaines après, aucune trace de l'opération qu'ils avaient subie.

Lèvre supérieure. Si la perte de substance offrait peu de largeur et occupait toute la hauteur de la lèvre, on la remplacerait facilement en pratiquant latéralement du côté de la joue, deux incisions transversales, l'une au niveau de la commissure et l'autre au niveau de l'aile du nez. On aurait ainsi deux lambeaux quadrilatères, qu'il suffirait d'attirer vers la ligne médiane pour les mettre en contact et les réunir par leurs extrémités verticales correspondantes. On en doublerait le bord inférieur avec la muqueuse, et la lèvre serait régulièrement reconstituée, les plaies des joues étant fermées par quelques points de suture.

Dans ce procédé, que nous avons décrit pour la lèvre inférieure, et qui n'est nullement nouveau, la lèvre reformée est nécessairement un peu tendue, mais les parties s'accoutument à leur nouvelle situation et la difformité disparaît.

Double lambeau de la méthode indienne. Dans le cas où la totalité de la lèvre est détruite, les joues n'offrent pas assez de

laxité pour la chéiloplastie: il faut alors recourir au procédé à double lambeau.

On taille verticalement en dehors des commissures deux lambeaux quadrilatères C C (fig. 454) assez prolongés vers la région cervicale, et assez larges pour reconstituer, sans étranglement, et

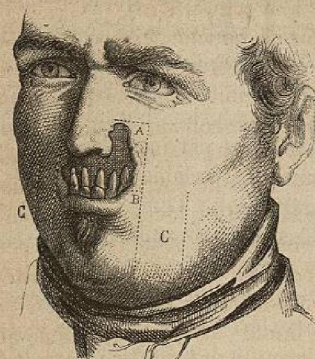


Fig. 454.

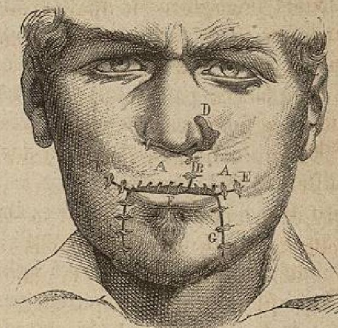


Fig. 455.

sans danger de mortification, la lèvre supérieure, qui se trouve doublée d'une muqueuse.

C'est le même procédé que pour la lèvre inférieure; il a procuré un magnifique succès sur un malade dont l'observation a été publiée dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*.

L'opéré avait été atteint d'un cancer épithélial de la lèvre supérieure; l'arcade dentaire était en partie détruite, et l'ulcération avait atteint une portion de la joue gauche et de l'aile du nez. Le bord supérieur du lambeau correspondant combla presque entièrement cette perte de substance D (fig. 455), et quelques points de suture réunirent horizontalement les extrémités inférieures des lambeaux A et fixèrent la muqueuse sur la surface libre de la nouvelle lèvre. Les plaies des joues G furent affrontées de la même manière.

Les cicatrices A, C (fig. 456) furent dissimulées après la guérison par une véritable moustache B, et le malade, qui appartenait à un régiment d'artillerie, put continuer à y servir pendant plusieurs années.

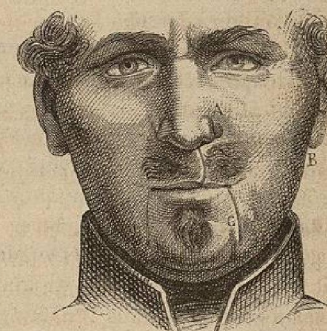


Fig. 456.