

STOMATOPLASTIE.

Les lésions qui nécessitent la chéiloplastie forcent quelquefois le chirurgien à s'occuper des moyens de reconstituer la bouche, dont le rétrécissement peut être la suite d'un vice de conformation ou d'ulcères dartreux, mercuriaux ou syphilitiques, de brûlures, de la pustule maligne etc. Roux avait vu l'occlusion buccale portée assez loin pour entraîner la mort des malades par inanition. La dilatation mécanique, l'incision des commissures labiales, l'interposition de feuilles métalliques, la cautérisation, l'emploi d'un anneau sont des procédés parfois insuffisants pour remédier à cette grave infirmité. Werneck eut l'idée, après avoir divisé les joues de chaque côté pour rendre à la bouche des dimensions ordinaires, d'enlever, avec le bistouri, les parties extérieures, en forme d'ellipse, jusqu'à la membrane muqueuse, qui fut conservée et repliée ensuite sur le bord des incisions, où la maintinrent quelques point de suture. Toute tendance à la réunion fut ainsi prévenue, et l'opération réussit.

Dieffenbach commença par exciser les parties situées en dehors de la muqueuse avec des ciseaux engagés par ponction au-devant de cette membrane, qui fut ensuite transversalement coupée et appliquée sur les plaies destinées à former le bord libre des lèvres, comme dans le procédé de Werneck. Velpeau veut que l'on passe les fils de la suture dans la muqueuse avant de la diviser, et Serre pense qu'il est inutile d'enlever une portion des téguments. Ces modifications pourraient être adoptées dans quelques cas particuliers; mais il est évident qu'une perte de substance des parties molles extérieures et le renversement de dedans en dehors de la muqueuse sont indispensables, quand les joues sont épaissies et indurées.

M. Sédillot a opéré, il y a plusieurs années, avec M. le docteur François (de la Robertsau), une jeune enfant atteinte d'occlusion de la bouche. Il incisa transversalement vers la joue la commissure et la recouvrit avec une portion de muqueuse, détachée de l'intérieur de la bouche et ramenée sur l'angle buccal pour en prévenir la réunion. L'enfant a parfaitement guéri avec une bouche régulière et est devenu une grande fille, dont la bouche n'a rien de difforme.

Nous avons exposé dans nos généralités la méthode à double plan de lambeaux superposés, inventée par M. Roux (de Brignolles),

pour fermer une ouverture assez vaste du plancher de la cavité buccale. Ce serait, dans quelques cas, un exemple à imiter.

Il arrive assez fréquemment que dans des tentatives de suicide par coups de feu tirés sous le menton, la lèvre inférieure, le plancher de la bouche et une portion plus ou moins considérable du maxillaire inférieur sont emportés. Lorsque les parties n'ont pas été restaurées immédiatement, ou lorsque leur restauration immédiate a manqué, elles se rétractent et se cicatrisent isolément avec les joues et la partie supérieure du cou, laissant entre elles un vaste hiatus à travers lequel s'échappent la salive, les aliments et quelquefois la langue. Toutes les méthodes autoplastiques peuvent trouver leur emploi dans ces circonstances, qui nécessitent souvent les combinaisons les plus variées, des opérations multiples et successives. Un cas de ce genre obligea M. Legouest à emprunter aux joues et jusqu'à la base du cou les lambeaux nécessaires à la restauration du plancher buccal, qui ne fut complétée qu'après plusieurs mois par une série d'opérations successives. Des règles fixes ne peuvent être posées pour obvier à ces mutilations aussi variables de forme que d'étendue: c'est au chirurgien de s'inspirer des préceptes généraux des méthodes et des procédés autoplastiques pour trouver une opération applicable aux cas qui se présentent à son observation.

GÉNOPLASTIE.

Lorsque les joues ont été atteintes de gangrène ou détruites par un cancer ou un lupus, on parvient en général à les reformer en disséquant largement les parties voisines et en les mettant en contact au moyen de la suture, à l'exemple de Franco, dont nous avons cité un remarquable succès. Les procédés, variant selon les indications, ont donné à la génoplastie par la méthode de Celse une incontestable supériorité. Les méthodes indienne et italienne ont peu de partisans; mais la possibilité d'y avoir recours exceptionnellement nous engage à ne pas les passer complètement sous silence.

Méthode indienne. Dupuytren emprunta à la région cervicale un lambeau assez long pour l'appliquer sur la joue, par torsion du pédicule, et réussit à combler presque entièrement la perte de substance que présentait un jeune enfant de neuf ans. Ce procédé expose, comme le prouvent de nombreux revers, à la mortification du lambeau, mais comme cet accident n'est pas constant, et

qu'on peut l'éviter en tordant le lambeau sous le bord inférieur de la mâchoire afin de le soustraire à la compression, on est certainement en droit d'espérer de bons résultats de son application. Rien n'empêcherait de prendre également le lambeau à la face postérieure du cou, et si le pédicule était amené en arrière de la branche de la mâchoire, d'en engager un des bords dans la plaie de la joue et de le laisser s'affaisser spontanément sans en pratiquer la section, disposition qui préviendrait assez sûrement la gangrène.

Méthode italienne. Le professeur Roux essaya sans succès d'emprunter à la paume de la main un lambeau destiné à restaurer la joue d'une jeune fille, qu'il parvint à guérir en se servant d'une portion de la lèvre inférieure précédemment réunie à la lèvre supérieure (procédé par migration du lambeau).

Méthode de Celse. Il est aujourd'hui facile d'ajouter à l'observation de Franco, celles de MM. Gensoul, Waust et Anter, Burggrève, Velpeau, Nichet, Roux de Saint-Maximin, et de la plupart des autres chirurgiens de notre époque. Cette méthode offre des procédés différents en raison des indications à remplir. On se borne communément à aviver les bords de la perte de substance et à les détacher des parties subjacentes par une dissection prolongée plus ou moins loin; on réunit ensuite les lèvres de la plaie par des points de suture entortillée. Lallemand, Serre etc. se sont servis de lambeaux quadrilatères fort allongés qu'ils ont pris aux régions maxillaire et cervicale pour les entraîner sur les pertes de substance à combler. Ce procédé est moins heureux que le précédent, parce que le lambeau tend continuellement à se reporter vers son point de départ et qu'il exerce une traction assez forte sur les tissus auxquels on le réunit.

Quand des cicatrices inodulaires et des adhérences existent à la face interne des joues, et empêchent le mouvement et l'écartement des mâchoires, on doit les exciser, et réunir les plaies par première intention, pour prévenir les récidives. Dans un cas, où la réunion immédiate était impossible, M. Gensoul se borna à cautériser fréquemment la surface de la plaie, et le malade guérit. (Voy. *Immobilité et ankylose de la mâchoire.*)

OTOPLASTIE.

Le pavillon de l'oreille paraît mal disposé pour l'autoplastie. Comme il est composé de peau et de cartilage, très-mince, hérissé de bosselures et de cavités, soutenu verticalement par la

seule élasticité de tissus cartilagineux et par quelques fibres musculaires et ligamenteuses, il est difficile de comprendre comment on pourrait le reproduire avec des lambeaux tégumentaires. Ceux-ci, manquant de points d'appui et de solidité, retomberaient nécessairement par leur propre poids et se rouleraient sur eux-mêmes. L'otoplastie doit donc être bornée à des réparations partielles, à celle du lobule par exemple. C'est probablement ainsi qu'il faut s'expliquer les succès otoplastiques dont parlent Celse, Galien, Paul d'Égine, Tagliacozzi, et qui ont été, dans ces derniers temps, reproduits par Rienzi et Dieffenbach. La dissection d'un lambeau emprunté au cuir chevelu ou à la tempe constitue une difformité consécutive, souvent très-marquée, et cette circonstance est de nature à inspirer beaucoup de circonspection aux opérateurs.

BRONCHOPLASTIE.

L'espace thyro-hyôidien est quelquefois le siège de fistules produites par les plaies assez fréquentes de cette région. On peut, comme le fit Larrey, aviver les bords de la fistule en leur donnant une forme ovalaire, et les réunir par la suture. Dupuytren joignit à ce procédé le décollement des lèvres de la plaie. Velpeau imagina de fermer l'ouverture accidentelle avec un lambeau cutané, détaché des parties voisines et roulé sur lui-même de manière à faire bouchon.

M. J. Roux guérit une fistule laryngée réfractaire à de nombreux traitements, en y substituant une nouvelle fistule établie dans les tissus sains voisins, au moyen d'une incision en forme de pont, sous lequel il introduisit, jusqu'au pertuis laryngé, une petite bougie. Il devint alors facile de cicatiser la première fistule, que ne traversaient plus l'air ni les mucosités. La fistule accidentelle formée sous des téguments sains céda ensuite sans peine à la compression. C'est une véritable méthode, à laquelle nous avons eu plusieurs fois recours dans des cas de fistules cervicales.

Nous renvoyons aux articles *Anus contre nature*, et *Maladies des organes urinaires et génitaux* etc., différents procédés anaplastiques qui ont été mis en usage pour les restaurations de ces organes. L'uréthroplastie, l'élythroplastie etc., et les règles générales de l'anaplastie pourront suffire aux autres indications.