

Fig. 147. — Section médiane temporaire du maxillaire inférieur, d'après Sédillot.

une incision cutanée qui suit le bord inférieur de l'os et pénètre jusqu'à lui.

On le dénude sur ses deux faces jusqu'à ce qu'on puisse sectionner sur le maxillaire la muqueuse labiale et la muqueuse du plancher buccal. On extrait une dent au niveau des deux endroits où l'on devra scier l'os, puis l'on sectionne la partie correspondante avec la scie à chaîne.

C'est de la même façon qu'on peut enlever la partie médiane.

En plus de l'incision horizontale suivant le bord inférieur du maxillaire, il est commode, pour cette opération, de sectionner verticalement la lèvre inférieure de façon qu'il en résulte la section suivante  $\perp$ . La résection de la partie médiane pratiquée, il faudra fixer à la peau les bouts des muscles génio-glosses que l'on a détachés de l'os, pour éviter la chute en arrière de la langue ainsi privée de points d'appui, ce qui serait tout à fait fâcheux.

#### OPÉRATIONS SUR LA LANGUE

Les extirpations de tumeurs de la langue sont des interventions atypiques pour lesquelles il est impossible d'admettre une ligne de conduite unique.

En principe, il est d'importance capitale de pratiquer l'opération en tissu sain et d'arriver à faire une suture de la plaie dans une portion de langue saine. Nous avons déjà décrit en partie les opérations préliminaires qui ont pour but de permettre l'extirpation totale de la langue et l'accès plus facile du plancher de la bouche (*résection temporaire du maxillaire inférieur*).

Le malade est couché le thorax élevé ; on tend le cou et l'on fixe la tête dans cette position. On maintient la bouche ouverte à l'aide d'un ouvre-bouche, et l'on attire la langue au dehors après y avoir passé en plein tissu un fil de soie résistant.

A l'aide du scalpel ou des ciseaux on excise en tissu sain par la bouche en forme de coin des tumeurs circonscrites au bord de la langue, et l'on suture la plaie



par des points profonds et des points superficiels; avant l'extirpation totale, on fait l'hémostase préventive en liant la linguale au cou d'un seul côté ou des deux côtés en même temps.

Si l'extirpation doit être pratiquée vers la base de la langue ou bien si l'on doit enlever en même temps que toute la langue le plancher de la bouche et les glandes sublinguales, il vaut mieux rendre accessible par des opérations préliminaires le champ opératoire.

Ces opérations préliminaires sont :

1° La section de la joue partant de la commissure labiale;

2° L'incision sous-mentale de Regnoli-Billroth;

3° La section temporaire du maxillaire :

Sur la ligne médiane (procédé Sédillot-Syme) ;

Sur la partie latérale au niveau de la 1<sup>re</sup> molaire (procédé de Langenbeck).

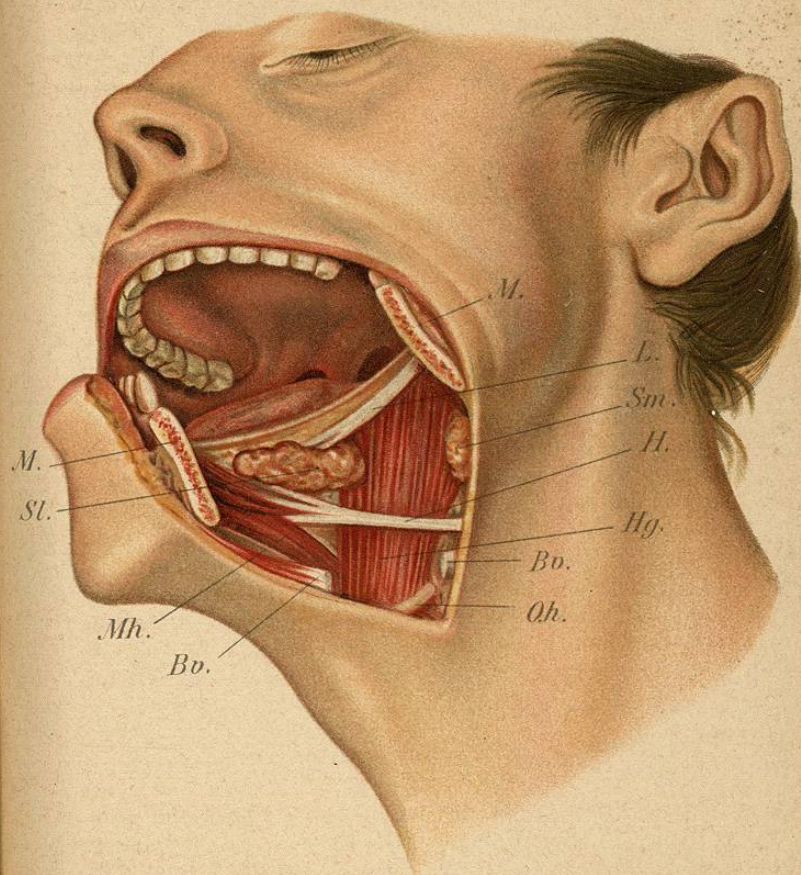
La section horizontale de la joue partant de la commissure des lèvres facilite l'opération, le champ opératoire étant plus vaste et mieux éclairé. Quand l'intervention sur la langue est terminée, on suture la plaie de la joue.

Le procédé qui permet d'enlever la langue en l'atteignant sous le menton a été tout d'abord exécuté par Regnoli, de Pise. On fait sur le cou une incision semi-lunaire qui suit le maxillaire; à celle-ci, Regnoli en joignait une verticale allant du menton sur le milieu de l'os hyoïde. Billroth n'employait que l'incision courbe.

On pénètre à la face interne du maxillaire, on sectionne latéralement les insertions du mylo-hyoïdien, au milieu celles du génio-glosse et du digastrique et on incise la muqueuse buccale sur toute l'étendue de la section

PLANCHE XII. — Section temporaire latérale du maxillaire, d'après Langenbeck.

La plaie bâille à la suite de l'écartement des segments du maxillaire. — M, surfaces de section du maxillaire. — Oh, os hyoïde. — Br, muscle digastrique dont le tendon a été sectionné. — Mh, muscle mylo-hyoïdien. — Hg, muscle hyo-glosse. — L, nerf lingual. — Sm, glande sous-maxillaire. — Sl, glande sub-linguale.





ainsi pratiquée. A l'aide d'un fil de soie passé dans la langue on attire celle-ci tout entière au dehors, et l'on peut maintenant facilement intervenir sur les organes du plancher de la bouche ainsi que sur la langue accessible jusqu'au niveau de sa base (fig. 149).

On pratique la *résection temporaire du maxillaire* selon les règles indiquées à la page 186, on écarte les surfaces de section, élargissant ainsi le champ opératoire. La section de l'os peut être faite linéaire, ou en escalier, procédé qui permet une suture métallique plus solide.

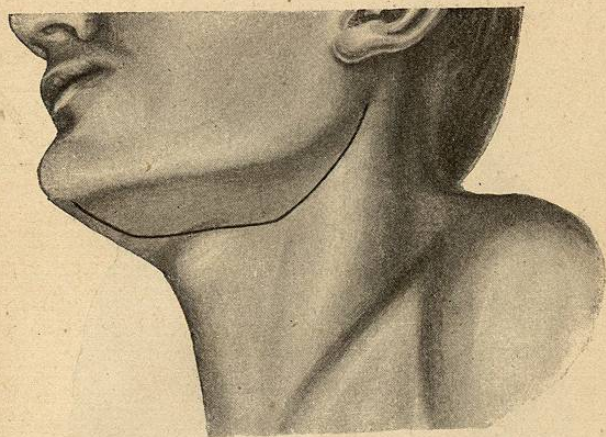


Fig. 148. — Incision pour l'extirpation de langue, d'après le procédé de Kocher.

[Roux scia le premier le maxillaire inférieur sur la ligne médiane; Sédillot, préoccupé de la difficulté de maintenir au contact les deux fragments du maxillaire, recommanda une section en ligne brisée qui permettait l'emboîtement de ces fragments. Syme adopta le procédé de Roux. Richet reportait la section osseuse un peu en dehors comme Langenbeck, mais moins en dehors que ce dernier, qui sciait l'os au niveau de la 1<sup>re</sup> molaire.]

Quand la tumeur linguale est très étendue, *Kocher* pra-



tique l'*extirpation de la langue en partant de la base de l'organe*, après avoir au préalable fait une trachéotomie préventive.

[En France, on préfère se passer de la trachéotomie préliminaire, qui est par elle-même une source de complications pulmonaires et qui n'est presque jamais indispensable.]

L'incision cutanée part de l'apophyse mastoïde, longe le bord antérieur du sterno-mastoïdien jusqu'au niveau de l'os hyoïde, puis remonte et va se terminer au niveau du menton (fig. 148).

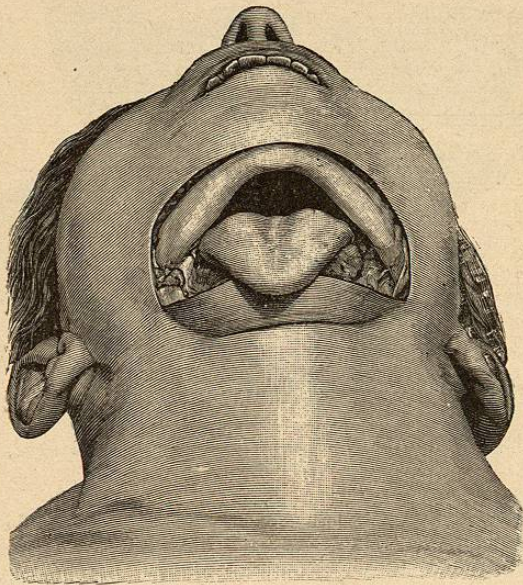


Fig. 149. — Mise à nu de la langue par le procédé sous-mental de Billroth.

On récline alors le lambeau ainsi circonscrit, puis on lie la maxillaire externe (faciale) et la linguale, et l'on extirpe les glandes sous-maxillaires.

A travers le mylo-hyoïdien, on ouvre la cavité buccale et l'on enlève la muqueuse qui recouvre le maxillaire. Reste à détacher la base de la langue de l'os hyoïde ; on attire alors tout l'organe au dehors et on peut le sectionner en tissu sain.

## OPÉRATIONS PLASTIQUES

Par là nous entendons les opérations par lesquelles on recouvre de peau les pertes de substance ainsi que les interventions qui servent à corriger des vices de conformation congénitaux ou acquis.

Dans la première catégorie, il convient de ranger par exemple la formation de lambeaux pédiculés servant à recouvrir des pertes de substance (plaies) ; dans la seconde au contraire on rangera les opérations pour becs-de-lièvre, les rhinoplasties et les blépharoplasties.

Pour recouvrir des pertes de substance, on peut attirer la peau du voisinage soit directement, soit après des incisions libératrices, puis la suturer sur la perte de substance. Dans d'autres cas, il faut détacher des couches sous-jacentes, les lambeaux que l'on taille dans le voisinage, les faire glisser latéralement ou les tordre autour de leur base, pour les amener au-dessus de la plaie, où on les fixera.

Une plaie triangulaire, dont la largeur ne sera pas trop grande, pourra être comblée en faisant des points de suture profonds parallèles à la base ; l'on obtiendra ainsi une réunion linéaire (Réunion linéaire après excision en forme de coin d'une portion de la lèvre inférieure, fig. 150 et fig. 151). Quand la perte de substance est plus large, il faut d'abord faire des lambeaux losangiques pris symétriquement des deux côtés, puis les attirer vers la ligne médiane où l'on s'en servira pour recouvrir la plaie (Dieffenbach, fig. 152 et 153).

Au lieu de lambeaux *losangiques*, on peut, de chaque côté de la base de la plaie, faire des incisions arquées qui circonscrivent une partie des lambeaux de la peau voisine, mobiliser celle-ci et la réunir sur la ligne médiane.

Des pertes de substance quadrangulaires ou ovales peuvent



*Excision en forme de coin d'une portion de la lèvre inférieure.  
Réunion linéaire.*

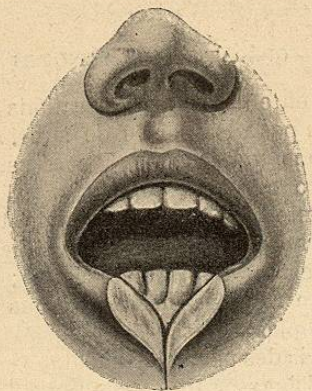


Fig. 150. — Représentation de la perte de substance.

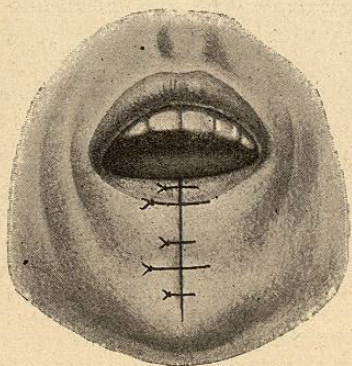


Fig. 151. — Suture linéaire de la perte de substance.

*Cheiloplastie (Dieffenbach).*

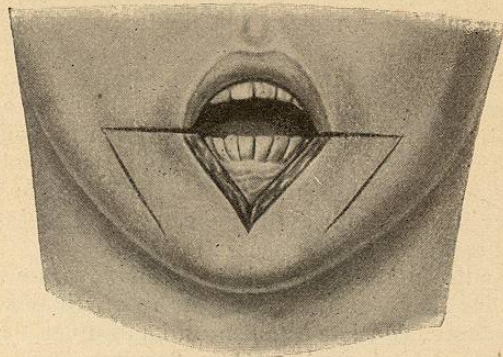


Fig. 152. — Perte de substance triangulaire de la lèvre inférieure.  
Lambeau en losange.

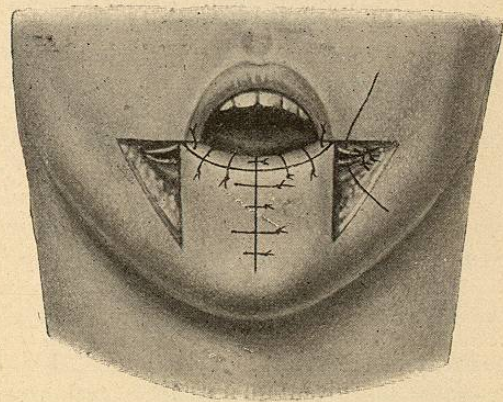


Fig. 153. — Les lambeaux ont été réunis sur la ligne médiane.  
Suture.



être recouvertes par un ou deux lambeaux symétriques du voisinage (Cheiloplastie d'après Bruns, Langenbeck, fig. 154 et 155).

On donne au lambeau la forme qui convient à la perte de substance, mais on le taille toujours un peu plus grand qu'elle.

A ces méthodes dans lesquelles on prend un lambeau dans le voisinage immédiat de la plaie, il faut en opposer une autre où un lambeau pédiculé, pris sur un point éloigné du corps, reste en connexion avec son point d'origine par son pédicule jusqu'à cicatrisation de la plaie à combler (Rhinoplastie avec lambeau pris sur le bras d'après la méthode de Tagliacozzi) (1).

Une autre méthode, consistant à employer de la peau de parties éloignées du corps pour recouvrir des pertes de substance, consiste à tailler un lambeau en forme de pont, sous lequel on place et on fixe la partie à recouvrir de façon que les deux plaies se touchent. Ce n'est que lorsque la cicatrisation du lambeau s'est effectuée que l'on sectionne transversalement ses deux extrémités.

Enfin, l'on peut aussi employer des lambeaux détachés entièrement, c'est-à-dire non pédiculés (*Reverdin*, *Thiersch*).

Avec un large couteau, *Thiersch* fait de plus ou moins grands lambeaux épidermiques, qu'il range les uns contre les autres sur la plaie avivée fraîchement, ou, ce qui est préférable, il place ses lambeaux en les imbriquant.

*Krause* a récemment obtenu de bons résultats en employant des lambeaux non pédiculés comprenant toute l'épaisseur de la peau, pour les placer sur des plaies fraîches, ne saignant pas.

#### FORMES SPÉCIALES D'OPÉRATIONS PLASTIQUES.

**Rhinoplastie.** — Restauration plastique du nez. Elle est totale ou partielle, suivant qu'il s'agit de restaurer le nez en totalité ou en partie seulement.

(1) [Autoplastie par la méthode italienne.]

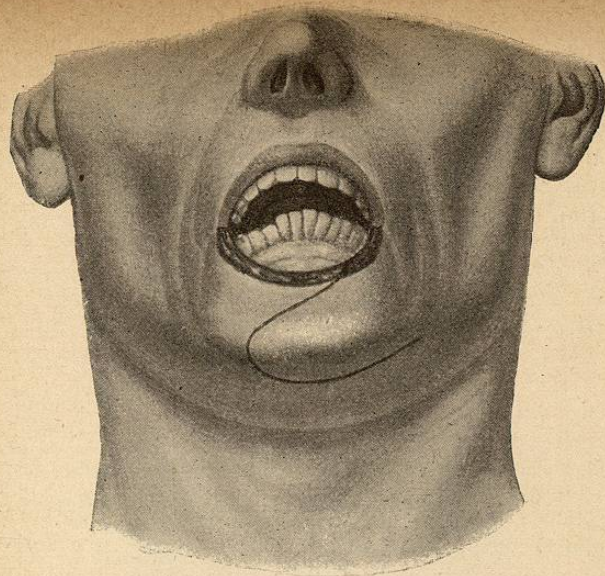


Fig. 154. — Perte de substance ovale de la lèvre inférieure. Contour du lambeau (méthode de Langenbeck).

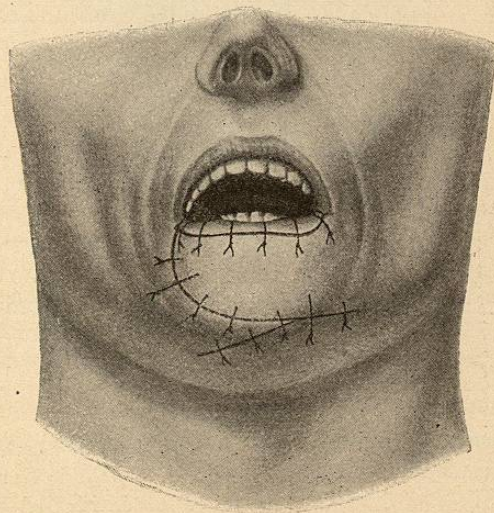


Fig. 155. — Le lambeau est placé dans la plaie où il est suturé. L'éperon est uni au bord inférieur. Le bord labial a été reconstitué par la muqueuse de la joue et le reste de la lèvre inférieure.



*Réfection du nez avec la peau du front.* — L'opération consiste dans la transplantation d'un lambeau sensiblement triangulaire de la peau du front, sur les bords avivés de la plaie nasale. Les ailes du nez ainsi que le septum sont formés par la base du lambeau, la racine du nez par le sommet qui reste adhérent.

Quand la plaie a été avivée, on prend les dimensions du lambeau à former, en le découpant tout d'abord dans du diachylum ou du cuir; on essaye ce patron; quand on a la forme et l'étendue exactes, on place le patron sur le front et on le découpe dans la peau. Le lambeau triangulaire est oblique sur le front, son sommet est dirigé du côté du bord supérieur de l'une des orbites. L'un des côtés du lambeau frontal se continue directement avec un de ceux de la plaie nasale avivée. Ceci fait, on détache la peau du frontal, et faisant tourner le lambeau d'à peu près 180°, on le place sur la perte de substance. Le segment médian de la base du lambeau est festonné dans le sens de la longueur pour former le septum, les parties latérales sont repliées pour former les ailes du nez (fig. 156-157).

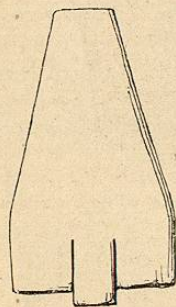


Fig. 156.

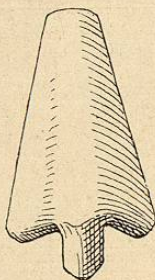


Fig. 157.

On suture alors le nez ainsi formé avec les bords de la perte de substance : tout d'abord, il importe de fixer à la joue avivée et à la lèvre supérieure les extrémités posté-

rieures des ailes du nez et le septum, alors seulement on suture les bords latéraux.

Déjà avant qu'on ait formé le septum et les ailes on a eu soin de diminuer par une suture à la soie l'étendue de la plaie frontale. On laisse se guérir par granulation, ou l'on recouvre de greffes de Thiersch la partie médiane qui n'a pu être fermée. On place des drains dans les trous du nez néoformés (fig. 158).

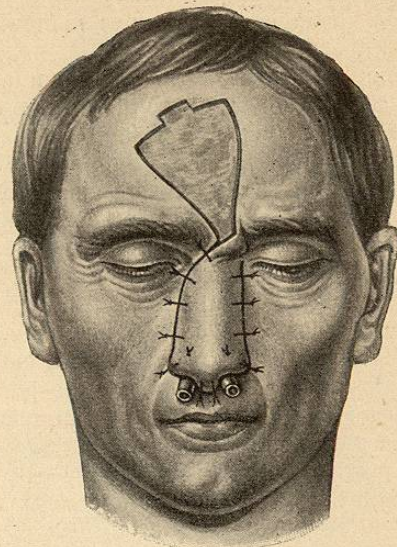


Fig. 158. — Rhinoplastie totale avec lambeau frontal.

Quand la guérison s'est effectuée, on peut, dans une deuxième séance, se débarrasser par excision du pli disgracieux qui siège à la racine du nez et qui correspond au point de torsion du lambeau.

Pour opérer le nez ensellé (1), König prend un lambeau cutané-osseux sur le front : ce lambeau est vertical, de

(1) [Nez effondré.]



forme rubanée, et sa base se trouve au niveau de la racine du nez.

On détache le lambeau, on le récline en bas, on le fixe au nez mobilisé et élevé : il formera la charpente du nez que l'on fait d'après la méthode habituelle avec la peau du front.

On ne peut donner de règles strictes pour les *restaurations partielles du nez*. Il faudra créer le procédé suivant le cas spécial que l'on aura à traiter.

Lorsque la partie latérale du nez manque, on peut prendre le lambeau au front.

Pour former une aile du nez, on prend un lambeau sur le dos du nez, sur le côté opposé du nez, ou encore sur la peau de la joue. Le pédicule du lambeau se trouve à la partie supérieure du dos du nez (fig. 159 et 160).

On peut aussi prendre le lambeau pédiculé dans la lèvre supérieure ; on le fait tourner et on l'amène sur la plaie avivée de l'aile du nez où on le fixe par la suture.

Pour restaurer une cloison, on peut également prendre le lambeau dans la lèvre supérieure.

Pour recouvrir des *pertes de substance de la peau de la joue* qui manque sur toute son épaisseur, il faut observer certaines règles : ainsi, le lambeau transplanté sur la plaie doit lui-même être recouvert de muqueuse ou de peau sur la face qui regarde la cavité buccale, pour qu'il ne puisse se produire de rétraction cicatricielle : aussi, la plupart du temps, suture-t-on les lambeaux de telle sorte qu'ils aient leur face épidermique tournée du côté de la cavité buccale. Gersung fait dans la peau du voisinage immédiat de la plaie un lambeau dont le pédicule est uniquement constitué par du tissu sous-cutané.

Le lambeau de *Czerny*, pris au milieu du *cou*, est très long, et ployé en deux pour combler la perte de substance ; sa longueur est double de celle-ci.

*Israël* taille, lui aussi, un long lambeau au cou ; il en suture l'extrémité à la plaie, de façon que la face cutanée soit tournée du côté de la cavité buccale. Quand la cicatrisation est complète, le lambeau est séparé de son point d'insertion ; on ploie sa partie postérieure libre et

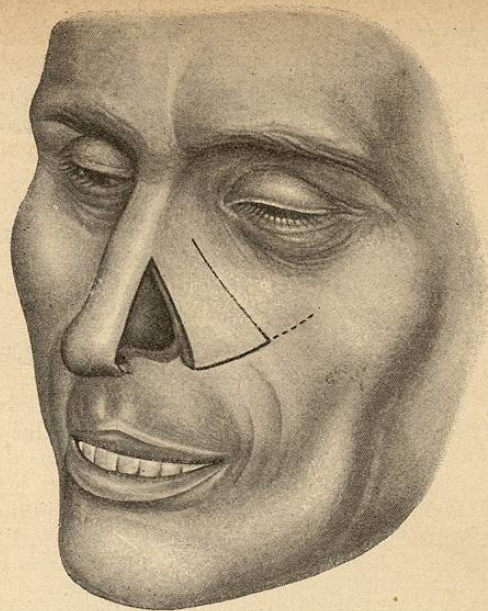


Fig. 159. — Plaie et contour du lambeau.

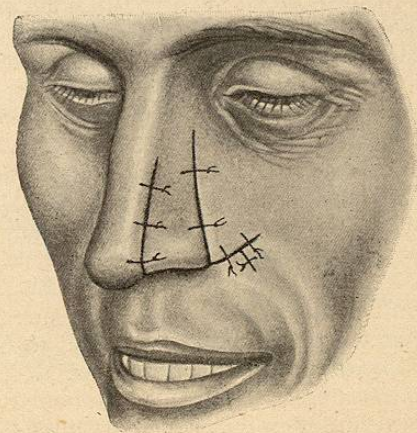


Fig. 160. — Le lambeau recouvre la plaie et a été suturé.



on la place plaie à plaie sur la portion du lambeau déjà cicatrisé. Le lambeau qui comble la perte de substance est donc double : l'une de ses faces recouvertes de peau est tournée du côté de la bouche, l'autre vers l'extérieur.

#### OPÉRATIONS POUR BECS-DE-LIÈVRE.

Le procédé de *Nélaton*, qui est très commode pour les becs-de-lièvre incomplets, consiste à sectionner la lèvre supérieure parallèlement à l'angle de la fissure et à attirer en bas les bords de cette fissure. Là-dessus, on suture la plaie rhomboïdale verticalement sur la fente buccale (fig. 161-163).

De chaque côté, *Malgaigne* fait un petit lambeau labial, puis il fait disparaître l'angle de fissure, il attire en bas les lambeaux et les suture (fig. 164).

[Le procédé de *Malgaigne* est encore désigné en France procédé de *Clémot*, du nom du chirurgien de Rochefort qui l'a imaginé. C'est un procédé excellent pour les fissures à grand écartement et surtout pour les fissures bilatérales.

Le procédé de *Mirault* (d'Angers) est applicable à tous les becs-de-lièvre simples et aux becs-de-lièvre complexes à écartement modéré ; il fournit un excellent résultat, à la condition de sacrifier le moins possible de l'épaisseur des tissus et de pratiquer, comme l'a conseillé Lannelongue, avec des petits ciseaux d'ophtalmologiste, un simple avivement épidermique.]

La *méthode d'avivement de Mirault-Langenbeck* n'est qu'une modification de ce procédé. Elle consiste à faire d'abord un lambeau de *Malgaigne* sur un bord de la fissure, puis à aviver en angle l'autre bord. La réunion opérée, c'est le petit lambeau qui forme le bord labial inférieur (fig. 167-169).

Quand le bec-de-lièvre est bilatéral, il faut aviver le pourtour du tubercule médian aussi bien que les deux bords latéraux de la fissure. A gauche et à droite, on taille un petit lambeau de *Malgaigne* (fig. 170), dont on suture les extrémités internes sous le tubercule médian après les avoir attirées en bas. On suture aussi de chaque

#### Opérations du bec-de-lièvre.

(Procédé de Nélaton.)

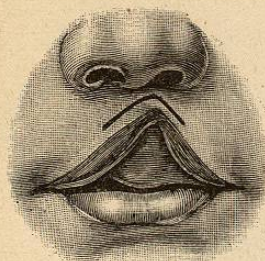


Fig. 161. — Avivement.

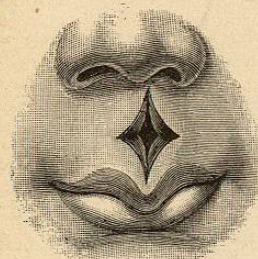


Fig. 162. — Plaie après que la lèvre est attirée en bas.

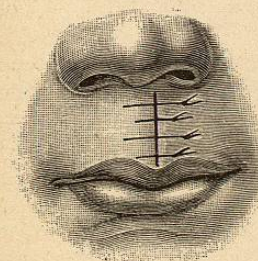


Fig. 163. — Suture.

(Procédé de Malgaigne.)

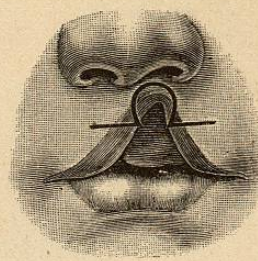


Fig. 164. — Avivement.

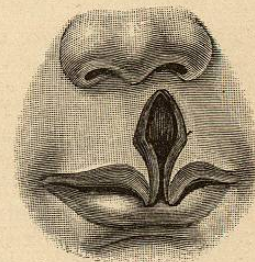


Fig. 165. — Les lambeaux sont attirés en bas des deux côtés.

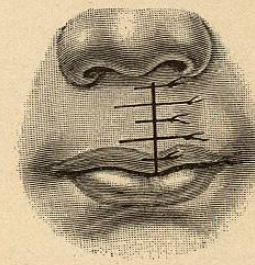


Fig. 166. — Suture.



## Opérations du bec-de-lièvre.

(Procédé de Mirault-Langenbeck.)

(Bec-de-lièvre bilatéral.)

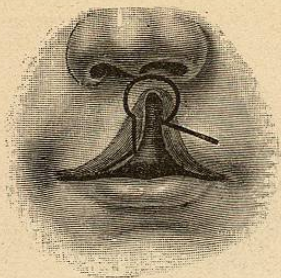


Fig. 167. — Figuration de l'avivement.

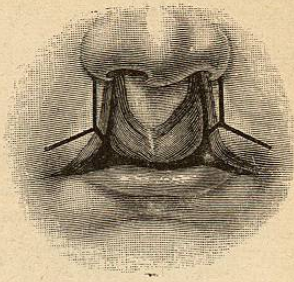


Fig. 170. — Avivement.

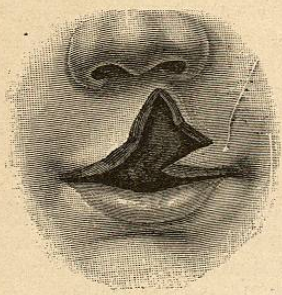


Fig. 168. — Plaie.

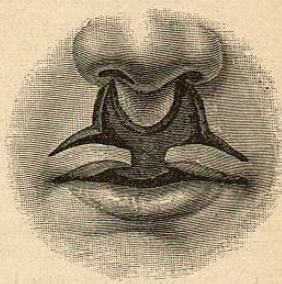


Fig. 171. — Plaie.

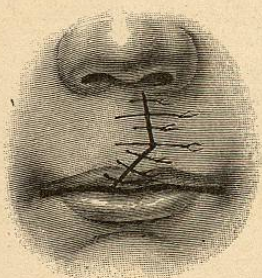


Fig. 169. — Suture.

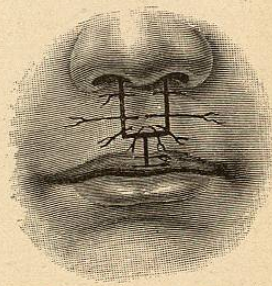


Fig. 172. — Suture.

côté les bords de la fissure au tubercule avivé (fig. 171-172).

Quand la fissure labiale est trop large pour qu'on puisse en rapprocher les bords, il convient de faire des incisions libératrices sur les ailes du nez, afin de pouvoir mobiliser les bords de la fissure (fig. 173).

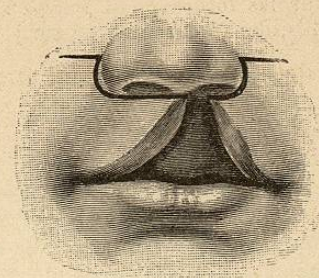


Fig. 173. — Incisions libératrices pour fissures larges.

Quand la pièce médiane est très saillante (1), il ne faut pratiquer l'occlusion plastique de la fissure labiale double que lorsque l'intermaxillaire aura été déplacé en arrière. Pour cela, on incise la muqueuse sur le bord libre, au niveau de la cloison, et on la détache des deux côtés du vomer, que l'on sectionne à la cisaille sur toute sa hauteur; de la sorte, il est facile de refouler en arrière la pièce maxillaire intermédiaire (2).

## STAPHYLORRAPHIE ET URANOPLASTIE.

La *staphylorrhaphie* ou fermeture plastique de la division congénitale du voile du palais, consiste dans l'avivement des bords de la fissure et leur réunion par la suture. Pendant l'opération, la tête du malade est, soit penchée en arrière, soit maintenue droite.

On tient chacun des bords de la fissure à l'aide d'une

(1) [Saillie osseuse du promontoire.]

(2) [Au besoin, un point de suture osseux la fixera au bord alvéolaire.]