

*Efficacité de l'actœa ramosa dans le traitement de la chorée; par le D. HARVEY LINDSLY, de Washington.*

Une jeune personne de cinq ans était affectée de chorée depuis deux mois. Le 5 mars 1856, elle perdit la faculté d'articuler les mots, et fut réduite à pouvoir à peine faire entendre les mots de *oui* et *non*. Sa marche était incertaine et chancelante; la mastication et la déglutition étaient fort difficiles; elle ne pouvait même pas porter à sa bouche ses mains, qui étaient dans un tremblement continu. On eut d'abord inutilement recours au calomel, à la rhubarbe, aux ferrugineux et aux vésicatoires à la nuque. Lorsqu'elle fut amenée à Washington à

M. Lindsly, il lui prescrivit, conjointement avec plusieurs médecins, un régime tonique, mais non excitant, des exercices en plein air, des frictions sèches, des liniments stimulants le long du rachis et aux extrémités inférieures, de la rhubarbe et de la magnésie, mais seulement dans les cas de constipation, et trois fois par jour une cuillerée à thé de la poudre de racine d'*actœa ramosa*. Pendant les quinze premiers jours, elle ne prit que ce seul médicament: on lui adjoignit ensuite deux à quatre grains de carbonate de fer. Son état s'améliora rapidement. Lorsqu'elle quitta Washington, au bout de deux mois, elle était presque entièrement rétablie. L'auteur apprit à la fin de l'année que l'enfant continuait à jouir d'une parfaite santé. (*Ibidem.*)

# REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FÉVRIER ET MARS 1859.

*Restauration des lèvres ou chéiloplastique; par M. le docteur PAVAN, chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).*

*Observations de restauration des lèvres (chéiloplastique); réflexions pratiques sur ce genre d'opérations.* — Beaucoup de travaux ont été faits dans ces derniers temps sur l'autoplastique chirurgicale, ou sur l'art de restaurer les parties mutilées ou perdues d'une manière quelconque; et c'est de l'autoplastique relative à la face qu'on s'est principalement occupé. Les chirurgiens, qui ont eu l'occasion de rencontrer dans leur pratique des pertes de substance réparables, n'ont pas manqué de profiter de ces circonstances pour recourir aux ressources que leur offrait l'autoplastique; et plusieurs de leurs belles opérations, qui constatent l'heureuse hardiesse de l'art chirurgical et sa haute puissance, sont déjà connues du public par le moyen de la presse médicale. Ayant été moi-même assez favorisé déjà par les circonstances pour avoir eu à pratiquer plusieurs fois la chéiloplastique ou la restauration des lèvres, afin de réparer ces organes si essentiels aux fonctions de la bouche, et ayant employé à cet effet un procédé peu répandu encore, quoique infiniment plus avantageux que les méthodes auxquelles on avait eu recours dans ces derniers temps, j'ai cru devoir faire connaître au public les résultats avantageux que j'ai obtenus, ainsi que les réflexions pratiques que ces opérations m'ont suggérées.

Obs. I. — *Lésion grave de la face avec perte de substance; ablation de la lèvre inférieure; chéiloplastique; guérison.* — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villageois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout à coup l'explosion s'opère sur la figure de notre imprudent et la blesse gravement. Après qu'on lui eût donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix; et ce fut trente heures après l'accident que nous l'y vîmes arriver dans la journée du 30 octobre 1856, et voici dans quel état: la figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux brillants et rouges, mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers antérieurs. Ainsi, les parties

molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur: c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse: nous croyons aussi remarquer une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérant et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les recouvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies et consolidation des points fracturés, c'est-à-dire jusque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des aliments liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux hors de la bouche d'une partie des aliments liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures, ou si vous voulez les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissés par suite du travail de cicatrisation et mis au niveau du sillon mento-labial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tirillée et pres-

que immobile, ce qui donnait à l'ouverture buccale un aspect tout bizarre. On conçoit par-là aussi combien l'articulation des sons devait être incomplète, défectueuse, et combien les cicatrices formées devaient gêner la mastication en empêchant les mâchoires de jouer librement. Aussi le malade en était-il toujours réduit à l'usage de son biberon et des aliments liquides; et de nombreux potages féculents ne parvenaient pas toujours à satisfaire son appétit.

C'est alors que, après avoir fait comprendre au malade combien il lui importait de ne pas rester dans cet état, je lui proposai l'opération de la restauration de sa lèvre, par laquelle disparaîtraient les inconvénients fâcheux qui étaient la conséquence de sa grave blessure. Décidé d'abord à s'y soumettre, il se laissa intimider ensuite par des conseils étrangers, et voulut auparavant recourir à d'autres avis. Il nous quitta donc le 19 janvier 1837.

Mais il ne tarda pas à être ennuyé de sa pénible et insupportable position, et à recourir encore à mes conseils. Cette fois, l'opération fut tout à fait décidée.

C'est le 22 février que je me transportai auprès du malade pour l'opération, assisté de mes élèves et de M. le docteur Clerc, aux soins duquel mon malade devait être confié pendant mon absence. Voici, au reste, la manière dont je procédai: je fis coucher le malade sur un lit étroit; la tête et les épaules étaient moyennement relevées, et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, fut placé devant la poitrine pour retenir les mains et les bras. Mes aides étant alors convenablement placés, soit pour comprimer les artères faciales au-devant de la base des muscles masséters, soit pour me faire tenir les instruments nécessaires, etc., je commençai par faire avec le bistouri droit, sur chaque joue, deux incisions parallèles, à direction horizontale, lesquelles, contenant entre elles un espace de la largeur de la lèvre inférieure et intéressant toute l'épaisseur des joues, s'étendaient, l'inférieure depuis le bas de la solution de continuité, et la supérieure depuis la partie inférieure de la lèvre supérieure, jusque vers le bord antérieur des muscles masséters. L'inférieure était donc dans la direction du sillon mento-labial. Deux lambeaux furent par là formés. Une nouvelle incision sur chacun d'eux forma sur leur partie interne et antérieure un troisième bord régulier. Ces incisions ayant ouvert de chaque côté l'artère faciale et quelques-unes de ses branches, la ligature en fut pratiquée. Enfin, en dernier lieu, j'eus à aviver le bord sus-mentonnier avec lequel une partie des bords inférieurs des lambeaux devait être maintenue en rapport et se réunir. Cela étant exécuté, je voulus rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre au-dessus du milieu du menton. Mais comme cela ne pouvait encore avoir lieu, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse de leur face interne moins extensible que les autres parties, je fis à cette muqueuse deux incisions verticales qui ne dépassaient point son épaisseur. Cet expédient augmentant l'extensibilité de mes deux lambeaux, je dus dès lors opérer leur contact; je maintins leurs bords antérieurs affrontés à l'aide de la suture entortillée et de deux aiguilles. Les autres points des lambeaux furent

fixés aux parties adjacentes par d'autres aiguilles. Toutefois, comme les dents incisives et canines inférieures manquaient, ainsi que la portion du maxillaire qui les supportait, pouvant craindre que le manque de ce point d'appui n'occasionnât le renversement en arrière de la lèvre nouvelle, j'en fis déje-ter un peu en dehors le bord supérieur par la direction que je donnai aux épingles et au bord antérieur des lambeaux que j'avais taillés légèrement obliques en dedans et en haut. Parmi les aiguilles placées pour fixer les lambeaux, deux furent implantées vers les extrémités de la nouvelle ouverture buccale, afin d'en établir les commissures et de donner de la régularité à ces parties.

Comme le bord libre de cette nouvelle lèvre était saignant, j'attirai avec des pincettes à dissection la muqueuse qui tapissait sa face interne, et il me fut facile d'en recouvrir ce bord et de l'y fixer par des points de suture à anse. Cette précaution, que je n'avais à cette époque vue indiquée nulle part, me fut très-utile par la réunion qui s'opéra bientôt entre ces parties.

L'opération terminée et le malade porté dans son lit, je me contentai de faire placer sur la nouvelle lèvre un linge fin. — Boissons émoullientes à l'aide d'un biberon à bec aplati.

Je retournai chez mon malade quarante-huit heures après l'opération. Le côté gauche du visage était presque cicatrisé partout et peu tuméfié. Le côté droit, au contraire, présentait un engorgement assez prononcé provoqué par l'imprudence qu'avait commise le malade de se coucher sur la joue droite: celle-ci était en même temps rouge et douloureuse au toucher. Les aiguilles enfoncées dans l'engorgement augmentaient, par la striction qu'elles exerçaient, l'inflammation existante. De la suppuration s'était déjà formée dans leur trajet.

Quoique à peine deux fois vingt-quatre heures se fussent écoulées depuis le moment de l'opération, je crus prudent d'enlever toutes les aiguilles, moins deux du côté gauche, pour que l'inflammation s'amendât et diminuât d'intensité. Fomentations émoullientes, boissons délayantes, lavement émoullient. Le 26 février, cinquième jour de l'opération, les symptômes inflammatoires ont notablement diminué; rien ne s'est disjoint, malgré la sortie hâtive des aiguilles; la réunion par première intention est déjà presque partout obtenue; état général satisfaisant. J'enlève les autres épingles, ainsi que les fils qui avaient maintenu la membrane muqueuse collée sur le bord libre.

Dès ce moment, la guérison fut assurée; la cicatrisation fit des progrès rapides; et, dès le 10 mars, dix-huitième jour de l'opération, il ne restait plus de points en suppuration; la guérison était complète. La nouvelle lèvre était régulière, son bord supérieur était facilement recouvert par l'inférieur de la lèvre sous-nasale, et se trouvait, en outre, tapissé d'une membrane muqueuse, ce qui lui donnait un caractère de ressemblance de plus avec la lèvre perdue. Une trace linéaire, imperceptible en plusieurs endroits, indiquait les points de rapprochement des parties.

Ainsi se termina cette opération de chéiloplastique, la première d'après cette méthode qui se soit

pratiquée en Provence, à laquelle un malheureux dut, non-seulement la réparation d'une dégoûtante difformité, mais encore le rétablissement de la mastication, de la parole, de la conservation de la salive.

Depuis cette époque, ce malade a repris ses anciens et pénibles travaux, et jouit d'une santé prospère.

Cette première observation et le résultat avantageux qui en a été la suite m'ont enhardi à oser, par la chéiloplastique, réparer des pertes de substance bien plus étendues, comme va le démontrer le fait suivant que je vais rapporter en détail.

Obs. II. — *Lésion traumatique grave de la face; destruction de l'une et l'autre lèvres; restauration des deux lèvres.*

Le 25 mai 1838, on nous apporta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un malade dont la figure ensanglantée et mutilée offrait le plus hideux des spectacles. C'était le nommé Payau, forgeron du Puy-Sainte-Réparate, qui, la veille, se disposant, de bon matin, à tirer des boîtes, eut l'imprudence de laisser tomber une étincelle de sa pipe sur l'amorce qui prit feu soudainement et occasionna une explosion dont la décharge s'effectua sur la figure du malheureux forgeron. Ce ne fut que quarante-huit heures après l'accident qu'il nous fut amené, et voici les détails de l'état dans lequel il se présenta à notre observation: la figure est complètement méconnaissable; les paupières tuméfiées et excoriées à leur face externe, couvrant les globes oculaires, nous font d'abord craindre pour eux; mais en les entr'ouvrant nous reconnaissons que la vue est intacte et qu'il existe seulement un peu de conjonctivite. La joue gauche est sillonnée dans toute son étendue par une vaste crevasse dont le fond communique avec la cavité de la bouche, et dont la partie supérieure laisse apercevoir à nu l'os de la pommette que l'on reconnaît fracturé. Les parties molles du menton sont toutes meurtries, et, quand on veut examiner en quel état se trouve le maxillaire inférieur, on s'aperçoit aisément, par le déplacement de certaines de ses parties et par les crépitations qui se font sentir quand on le touche, qu'il est fracturé en plusieurs points de son étendue. Ainsi une première fracture existe évidemment à la symphyse du menton, une deuxième fracture perpendiculaire à celle-là et parallèle à la direction de l'os isole de celui-ci la portion osseuse qui supporte les quatre incisives inférieures et une des canines, et cette portion se trouve encore elle-même partagée en deux à sa partie moyenne; une troisième fracture paraît exister dans la continuité du corps de l'os à droite. Des esquilles, qui se sont détachées plus tard, nous ont démontré qu'il y avait eu encore quelques désordres que nous n'avions pas appréciés alors. Ajoutez à cela que les dents supérieures avaient été pour la plupart emportées, rupturées, et que l'aile gauche du nez avait été aussi fortement endommagée. Mais ce qui était le plus remarquable parmi ces lésions diverses, c'était la destruction presque totale de l'une et l'autre lèvres dont il ne restait plus que quelques débris morcelés sur côtés, ce qui mettait à découvert tout l'intérieur de la bouche.

Le malade qui n'était âgé que de 52 ans, d'une

forte constitution, avait le moral assez rassuré. Le pouls quoique un peu agité, un peu nerveux, n'indiquait presque pas de fièvre: la chaleur de la peau était presque naturelle; il n'y avait aucun symptôme de commotion du cerveau. Toutes ces considérations me firent porter un pronostic favorable relativement à la cicatrisation de toutes ces meurtrissures, sauf plus tard à réparer, à l'aide de l'autoplastique, ce qui devait nécessairement rester imparfait.

Je ne décrirai pas jour par jour les divers phénomènes que nous présenta cette plaie si compliquée. Je me contenterai de mentionner les principales indications que nous eûmes à remplir pendant la durée du traitement. Dans les premiers jours, des fomentations émoullientes tièdes étaient faites sur la figure; des boissons mucilagineuses seules d'abord, puis du bouillon lui étaient donnés à l'aide d'un biberon.

Quelques jours après, quand les surfaces meurtries donnaient de la suppuration, nous les recouvrons de compresses fenêtrées sur lesquelles étaient placés des gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton. — Si quelquefois l'inflammation de ces parties prenait un peu trop d'intensité, alors des cataplasmes émoullients remplaçaient les gâteaux de charpie et atténuaient la phlogose. C'est par des soins ainsi ménagés que s'obtint peu à peu la cicatrisation des bords de cette vaste solution de continuité et que les fractures se consolidèrent. Tout marcha même d'une manière assez régulière. Quelques esquilles, dont une assez étendue, se détachèrent de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Des deux portions osseuses, supportant les dents incisives inférieures et une des canines, qui avaient été séparées du corps de l'os, une seule se souda avec la pièce primitive, tandis que l'autre, quoique vivant par les parties molles auxquelles elle adhérait, dut être enlevée à cause de sa mobilité persistante et de la mauvaise direction qu'elle avait prise. Un abcès, qui s'était développé dans la joue gauche, se termina aussi convenablement. Enfin, dès le commencement du mois d'août, tous ces bords déchirés et irréguliers s'étaient desséchés et cicatrisés.

Mais quoique la nature, convenablement aidée par l'art, eût procuré la cicatrisation de toutes ces surfaces meurtries, elle n'avait pas pu opérer la réparation de ce qui avait été emporté par l'explosion. Ainsi la destruction presque complète des deux lèvres persistait; car il restait à peine un cinquième de la supérieure vers son extrémité gauche; le reste en avait été enlevé avec tant de précision, si je puis m'exprimer ainsi, qu'on l'eût dite vraiment disséquée sous la cloison des narines et la partie postérieure des ailes du nez qui étaient à nu. Quant à l'inférieure, il n'en existait qu'une petite partie au côté gauche; tout le reste à partir du sillon mento-labial manquait complètement.

Cet exposé permet de se représenter assez nettement ce qu'était cet homme après les seuls efforts de la nature, quel triste aspect devait offrir cette ouverture toujours béante et quels inconvénients graves devaient en résulter pour le malheureux blessé. C'est ainsi que les maxillaires, maintenus rapprochés par les tissus inodulaires des cicatrices

multipliées, ne pouvaient s'écarter que fort peu l'un de l'autre; la parole par le manque des dents et des lèvres était très-altérée: quelques sons pouvaient seulement être articulés; la salive décollait sans cesse sur le menton, et la nourriture était incomplète, puisque ce malheureux en était réduit à ne prendre que des aliments liquides, qui, quoique portés profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon, refluaient encore en partie au dehors, les obstacles pour les retenir n'existant plus.

Le malade ne pouvait donc pas être laissé dans cet état; et nous tenions trop à cœur nous-mêmes de ne point le laisser sortir de l'hôpital sans lui avoir redonné des lèvres. Aussi, fort de la résolution du malade pour se soumettre à l'opération dont nous l'avions déjà entretenu, et certain de la possibilité de son exécution, nous y procédâmes avec plaisir le 9 août dernier. M. le docteur Arnaud nous assistait dans cette opération toute nouvelle pour notre hôpital.

Nous fîmes placer le malade sur une table longue, recouverte d'un matelas garni d'alèzes: la tête et les épaules étaient relevées par des oreillers. Quoiqu'on conseille généralement pour ce genre d'opérations de faire asseoir les malades sur des chaises, il me paraît préférable de les opérer quand ils sont couchés: le décubitus dorsal est moins fatigant pour eux; s'il survient quelque syncope, ce qui est assez ordinaire, on est moins embarrassé, et l'opérateur est de toute manière mieux à son aise. Quant à l'inconvénient du sang dans la bouche, outre qu'en opérant le malade assis on n'en est pas complètement à l'abri, il suffit de faire asseoir de temps en temps le malade et de le faire pencher en avant pour en obtenir l'expulsion. Mes aides étant ensuite convenablement disposés et un drap plié en quatre suivant sa largeur ayant été placé sur le devant de la poitrine pour maîtriser plus aisément les mouvements qu'aurait pu faire le malade, je me mis au côté droit du patient et me disposai à commencer les incisions nécessaires. Je ferai observer ici que, convaincu qu'on ne saurait apporter trop de précision dans la formation des lambeaux, j'avais eu la précaution auparavant de marquer avec un crayon de nitrate d'argent fondu la direction que je devais donner aux incisions, la trace laissée par le nitrate devant guider d'une manière sûre l'instrument tranchant. Je procédai d'abord par la confection de la lèvre supérieure. Ici la joue droite devait en fournir la plus grande partie, la gauche toute criblée de cicatrices n'offrant pas assez d'extensibilité pour permettre d'y recourir. En conséquence une première incision commençant vers la commissure droite se dirigea transversalement vers l'apophyse coronoïde du même côté: elle comprenait toute l'épaisseur de la joue. Une deuxième incision partant de dessous l'aile droite du nez, aux limites de la cicatrice, se dirigea parallèlement à la première jusqu'à la même distance, et par là se trouva formé un lambeau qui ayant toute l'épaisseur de la joue possédait la largeur de la lèvre que j'avais à faire. Ce lambeau par son côté antérieur fut avivé avec des ciseaux à bec-de-lièvre. Un autre lambeau fort court fut formé sur le côté correspondant de la joue gauche; il comprenait la petite partie restante en-

core de la lèvre: le bord antérieur de celui-ci fut encore régularisé et avivé. Avant de les rapprocher et de les réunir, il fallut songer à aviver aussi les tissus cicatrisés de la partie postérieure et inférieure de la base du nez; et c'est en y procédant que le bistouri taillant nécessairement un peu du fibrocartilage de la cloison des narines et des ailes du nez, il devint évident que nous allions mettre ces tissus fibro-cartilagineux en contact avec le tissu musculéux des joues pour qu'ils adhérassent ensemble. Les choses étant ainsi disposées, je cherchai à rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre pour faire affronter leur bord antérieur. Mais je ne pus d'abord y parvenir: je songeai alors à augmenter l'extensibilité du lambeau principal, le lambeau droit, en incisant la muqueuse qui le tapissait près de l'apophyse coronoïde, et en le disséquant un peu en dehors du masséter que je laissai intact. Dès ce moment nos deux lambeaux purent être rapprochés et mis en contact. Ils furent maintenus affrontés par trois points de suture entortillée. Leur bord supérieur fut tenu en rapport avec les joues et le bas du nez par trois aiguilles fixées aux points les plus convenables.

Restait l'autre lèvre à confectionner qui devait offrir plus de difficultés que la première, par la raison que le bord sus-mentonnier restant, inégalement découpé, présentait à gauche une échancrure que je voulais combler avec les lambeaux pour éviter une fistule immanquable sans cette précaution. C'est effectivement à cela que je prêtai mon attention pour la forme que je donnai au lambeau principal pris encore sur la joue droite, les cicatrices de la gauche ne permettant pas d'utiliser cette dernière. Son bord supérieur était déjà formé par l'incision que j'avais déjà faite, pour la première lèvre, dans le sens de la commissure. Pour préparer le second, je fis descendre verticalement de la commissure ou, pour parler plus exactement, du point qui correspondait à la commissure droite (les lèvres manquant, il restait non pas une commissure mais le point qui y avait correspondu), une incision verticale qui s'étendit vers la base de la mâchoire, et du bas de ce bord vertical partit une autre incision dirigée en dehors et un peu en haut, de manière à se rapprocher quelque peu du supérieur en arrière. Ce lambeau, qui en partie était libre par sa face interne, fut séparé de l'os dans sa portion adhérente à l'aide du bistouri. Restait à aviver le bord sus-mentonnier et le bord antérieur d'un très-petit lambeau pris à gauche. Comme le lambeau principal, le droit, ne pouvait aisément atteindre le gauche, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse interne, je fis à celle-ci une double incision qui n'intéressait que son épaisseur, et dès ce moment le rapprochement immédiat put s'exécuter. Il fut rendu permanent par deux aiguilles et la suture entortillée. Comme, avec les précautions que j'avais prises en faisant les incisions, le lambeau droit était plus large en avant qu'en arrière, il put combler l'échancrure dont j'ai parlé. Il ne resta plus qu'à le fixer sur le bord sus-mentonnier à l'aide de quelques points de suture entortillée, et en haut avec la joue dont il avait été tiré, en laissant toutefois entre cette lèvre et la supérieure l'écartement convenable pour

constituer l'ouverture buccale. Comme le pourtour de celle-ci était formé de bords saignants, j'attirai avec des pinces à dissection la muqueuse de leur face interne et les en recouvris à l'aide de plusieurs points de suture à anse, précaution qui m'avait si bien réussi dans la première opération.

Pendant l'opération, j'eus à lier quatre branches artérielles, au nombre desquelles l'artère faciale droite qu'un élève avait été chargé de comprimer à son passage sur la base du maxillaire.

Tel est le descriptif du manuel opératoire que je crus devoir suivre pour cette laborieuse opération.

Le malade, nettoyé du sang qui recouvrait sa figure, son cou, etc., se rendit lui-même à son lit. Une seule compresse imbibée d'eau froide fut placée sur sa figure; on la renouvelait de temps en temps.

Silence, diète, boissons mucilagineuses introduites avec précaution entre les deux lèvres de nouvelle formation.

La première journée se passa bien: suintement capillaire sanguin dans la bouche, mais qui n'offre rien d'inquietant.

Deuxième jour. — Rien de nouveau, fièvre modérée; le malade est tranquille: il demande un peu de bouillon, qu'on lui donne; tisane de riz acidulée.

Quatrième jour de l'opération, visite du matin: j'enlève trois épingles de la lèvre supérieure; tuméfaction modérée des tissus. — Tisane, bouillons.

Cinquième jour. — Toutes les autres épingles sont enlevées. L'odeur que, dans cette saison chaude (mois d'août), le mélange du sang et du pus avait occasionnée, et quelques larves de mouche qui s'y étaient développées me forcèrent à enlever tous les fils et à nettoyer avec soin les lèvres. Je pus alors reconnaître que la réunion par première intention était presque complète. — Tisanes, bouillons et semouille plusieurs fois par jour.

Septième jour. — Malaise général, frisson intense, commencement d'érysipèle qui envahit successivement la face, le front, les oreilles, mais qui ne dépasse point le cuir chevelu. Cet épiphénomène, qui s'était déclaré à la suite d'une colère, nous avait inspiré des craintes sérieuses, qui, heureusement, ne se réalisèrent pas. Il suivit sa marche ordinaire et disparut sans accidents.

Quatorzième jour. — Les deux lèvres sont complètement cicatrisées; à peine la commissure droite suppure encore un peu.

Seizième jour, 25 août. — Tout est desséché et cicatrisé. La guérison est telle que nous devons l'espérer.

Cette opération pourra paraître remarquable par les difficultés qu'il a fallu vaincre. C'est sur la joue droite, en effet, qu'il a fallu prendre les lambeaux formateurs de l'une et de l'autre lèvres, la gauche n'y ayant pu concourir que pour une petite partie. Des tentatives sur le cadavre m'avaient démontré la possibilité du résultat que nous avons obtenu. On aura aussi observé la rapidité de la guérison, malgré même l'apparition de l'érysipèle.

Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital pour réparer ses forces, qu'une nourriture depuis longtemps incomplète avait considérablement dimi-

TOME IV. 5<sup>e</sup> s.

nuées. Pendant cet intervalle, l'art du dentiste dut intervenir pour faire disparaître quelques dents qui, par suite de fractures, ne se correspondaient pas et gênaient ainsi la mastication.

Il sortit de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre pour aller reprendre son métier de forgeron.

J'ai revu depuis peu cet homme: l'ouverture buccale est régulière; les commissures sont exactement sur la même ligne et à égale distance de la ligne médiane du corps. La lèvre supérieure est bien conformée et presque immobile. Quant à l'inférieure, elle présente vis-à-vis le point de rapprochement des deux lambeaux une légère échancrure produite par le retrait du tissu inodulaire qui s'y était développé. En ce point, la lèvre endurcie ne jouit point de la mobilité qu'elle présente ailleurs, ce qui l'empêche, là seulement, de s'appliquer exactement sur la supérieure. De là résulte la perte d'une petite quantité de salive et de la gêne pour boire avec un verre.

Le malade, au reste, a gagné par cette opération, avec la formation des deux nouvelles lèvres, la faculté de pouvoir articuler les mots à peu près aussi distinctement qu'avant son accident, de pouvoir procéder encore à la mastication des aliments solides, de pouvoir retenir la salive dans la bouche, et de pouvoir enfin reprendre son ancienne profession.

Comme on a pu le voir par l'exposé des deux observations précédentes, les joues seules ont contribué à former les lèvres nouvelles: réparer, refaire celles-ci avec des lambeaux taillés sur les joues, a été l'idée dont je ne me suis pas départi dans l'une et l'autre opération. J'ai agi ainsi, parce que le raisonnement, au défaut de l'expérience, m'indiquait que c'était la meilleure manière de faire pour obtenir les plus beaux résultats. C'est, au reste, ce que démontrera un coup d'œil comparatif sur les diverses méthodes successivement préconisées pour réparer les lèvres perdues.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la méthode indienne, quoiqu'elle ait été employée de diverses manières par des célébrités chirurgicales de l'époque, telles que Dupuytren et Delpech, MM. Lallemand et Dieffenbach. On sait qu'elle consistait à figurer sur les téguments des parties voisines un lambeau de peau qui, renversé et tordu sur lui-même, était appliqué de manière à se recoller par les bords rafraîchis de la solution de continuité. La rareté des guérisons obtenues par elle et la définitivité inévitable des plus beaux ou des moins mauvais résultats qu'elle a pu laisser obtenir, malgré l'habileté de ces praticiens célèbres, l'ont depuis longtemps plongée dans un oubli dont on ne la relèvera plus probablement. Comment, par elle, aurais-je pu faire une double restauration de lèvres?

Ce qu'on est convenu d'appeler méthode ancienne devenait aussi, dans les deux cas, complètement inapplicable. Ce n'est, en effet, que l'application de l'incision en V dans l'excision d'une tumeur cancéreuse ou le rafraîchissement des bords d'une solution de continuité et leur rapprochement rendu possible, par la dissection continuée assez loin pour qu'ils puissent se rejoindre; et, comme on doit le reconnaître aisément, elle ne peut se rapporter qu'à des solutions de continuité peu étendues, et nulle-