

rière par le refoulement du tubercule auquel il adhère. Enfin on peut se demander quel intérêt il y a souvent à conserver un tubercule osseux qui au lieu de quatre incisives n'en supporte souvent que deux, fort irrégulièrement placées, alors que la prothèse, lorsque le tubercule a été enlevé, permet de masquer la difformité et de donner un point d'appui à l'obturateur de la voûte. Pour moi, je n'hésite pas à donner la préférence au procédé de Franco modifié par moi, c'est-à-dire à la résection, lorsque le tubercule est très difforme. Voici comment j'exécute ce procédé :

*Procédé de Léon Le Fort.* — Le tubercule médian comme dans le procédé de Dupuytren me sert à former la sous-cloison. Mais dans ce procédé la nouvelle sous-cloison n'est pas maintenue, elle est exposée à ne pas adhérer à la surface de section résultant de l'enlèvement de l'os intermaxillaire. Pour obtenir l'adhésion, voici comment je procède. Je retranche latéralement des deux bords du tubercule cutané médian tout ce qui excède la largeur que devra avoir la sous-cloison, j'obtiens ainsi sur les côtés deux surfaces avivées. Cela fait, si le tubercule, comme c'est le plus ordinaire, est trop épais, j'abrase sur sa face inférieure, c'est-à-dire sur la face muqueuse, tout ce qui me paraît en excès.

La future sous-cloison étant ainsi préparée, je fais sur les deux côtés de l'os intermaxillaire une incision courbe à convexité inférieure, dont la partie la plus inférieure répond à ce qui devra former plus tard les côtés de la sous-cloison. Cette incision circonscrit un lambeau de muqueuse. Avec la rugine je le décolle de l'os intermaxillaire sous-jacent jusqu'à la hauteur où devra se faire la section de l'os intermaxillaire. Ce décollement opéré, je soulève ces lambeaux, j'insinue au-dessous et horizontalement les deux mors d'une pince tranchante et j'enlève l'os intermédiaire. J'ai fait cinq fois cette opération et je n'ai pas eu d'hémorrhagie. Cela fait, je ramène en bas et en arrière ce que j'ai conservé du lambeau médian, je l'applique en forme de sous-cloison sous le bord de la cloison avivée par l'enlèvement du tubercule osseux excédant, puis je rabats les deux lambeaux de muqueuse, doublée de périoste, qui garnissaient précédemment l'os maxillaire enlevé, je les applique sur les bords latéraux du tubercule cutané devenu sous-cloison, et je les maintiens par des points de suture métallique; lorsque la réunion est complète, c'est-à-dire huit jours ou quinze jours après, je réunis les bords divisés des lèvres par le procédé de Giralde's. Toutes les opérations que j'ai faites ainsi m'ont donné des résultats absolument remarquables.

### V. — Cancer de la lèvre.

Le cancer de la lèvre peut être borné à une petite tumeur, ou bien envahir la lèvre entière et même les tissus voisins, quelquefois enfin il s'étend jusqu'à l'os maxillaire. Dans le premier cas, on emploie la cautérisation et l'excision; dans le second, les divers procédés de chéiloplastie, auxquels il faut joindre dans le troisième cas la résection de l'os maxillaire. Il ne s'agira ici que de la cautérisation et de l'excision.

*1° Cautérisation.* — On emploie le chlorure de zinc ou la pâte arsenicale, en suivant d'ailleurs les règles générales.

*2° Incision, Procédé de Richerand.* — Il consiste à enlever la portion affectée par une incision en demi-lune qu'on pratique sur le bord labial à l'aide du bistouri ou de ciseaux courbés sur le plat, et qui ne laisse à la suite qu'une échancrure peu profonde; la plaie, pansée à plat, se recouvre d'une cicatrice qui en diminue de beaucoup l'étendue primitive.

*Procédé en V.* — Le procédé précédent a l'inconvénient de retrancher le bord muqueux de la lèvre et de laisser une difformité. Il est préférable de cerner le mal par deux incisions formant un V allongé dont la base répond au bord libre de la lèvre et dont le sommet descend plus ou moins bas suivant l'étendue du mal et la largeur de la partie enlevée. On réunit par des points de suture entrecoupés, en veillant à ce que l'affrontement soit bien exact et du côté du bord libre.

Quand la perte de substance est considérable, on emploie un des procédés de chéiloplastie que nous allons décrire.

Il faut surtout se préoccuper de l'état des ganglions. Il n'est pas rare de voir la récidive ne pas se faire du côté de la lèvre, tandis que les ganglions à peine développés lors de l'opération sont le siège d'une récidive. Celle-ci, dans ces circonstances, est toujours très grave. Aussi, si les ganglions existent, lors de l'excision de la lèvre, il faut prolonger l'angle du V jusqu'au menton, faire tomber à ce niveau deux incisions parallèles au bord inférieur de la mâchoire et enlever avec soin toutes les parties suspectes. L'épithélioma des lèvres est peu sujet à la récidive; si les ganglions sont envahis, la récidive est presque fatale et elle se reproduit malgré les opérations. Il importe donc d'opérer de bonne heure.



## VI. — Chéiloplastie de la lèvre inférieure.

C'est principalement pour la lèvre inférieure, plus sujette au cancer que l'autre, que l'on a multiplié les procédés autoplastiques. Ils se rapportent tous aux trois procédés généraux de la méthode de Celse.

Le procédé le plus anciennement employé et auquel on rattache le nom de Celse n'est autre que l'incision en V appliquée soit à l'ablation du cancer, soit au rafraîchissement de la perte

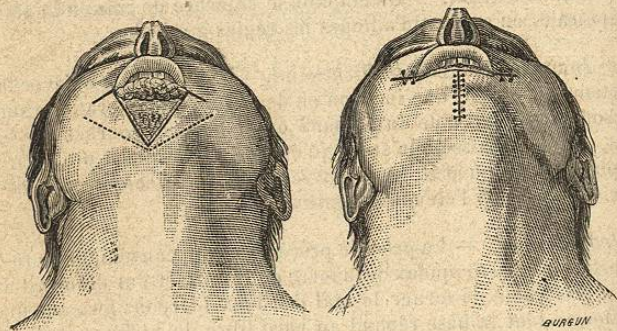


FIG. 508.

Procédé de Celse.

de substance. On dissèque ensuite les deux portions de la plaie, et on les détache de l'os sous-jacent assez loin pour qu'elles puissent prêter et se rejoindre sur la ligne médiane, où on les réunit par suture (fig. 508).

Ce procédé est fort utile pour les cancers peu étendus, mais n'est pas applicable aux autres. Dans quelques cas où le mal occupait toute la lèvre et s'étendait même au delà des commissures, J.-N. Roux a eu recours au procédé suivant.

*Procédé de J.-N. Roux.* — Il commence par enlever le cancer au moyen d'une incision semi-lunaire à concavité supérieure. Si le mal s'étend au delà des commissures, il prolonge celles-ci sur les côtés aussi loin qu'il est nécessaire, par des incisions transversales qui passent au-dessus du cancer; et c'est aux extrémités

de ces incisions qu'il fait aboutir alors l'incision semi-lunaire indiquée, qui doit dans tous les cas embrasser toutes les parties altérées. L'ablation étant achevée, le chirurgien saisit le bord de son incision semi-lunaire et dissèque de haut en bas toutes les parties molles qui recouvrent l'os maxillaire inférieur, en faisant agir le bistouri transversalement, mais plus profondément sur la ligne médiane que sur les côtés. On obtient ainsi un lambeau de téguments en forme de tablier, avec un seul bord libre, et on le détache des parties sous-jacentes, plus ou moins bas, et selon le besoin jusque vers la région hyoïdienne, puis on fait pencher la

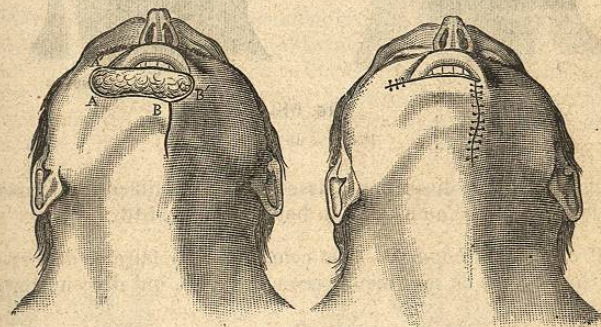


FIG. 509.

Procédé de Lisfranc.

tête au malade, et l'on attire le bord libre du lambeau jusqu'au niveau des commissures labiales. Si l'on a été obligé de les prolonger par des incisions, on réunit les bords correspondants de ces incisions par des sutures; le reste doit former le bord de la lèvre nouvelle.

Lisfranc a modifié ce procédé en fendant le lambeau par une incision verticale qui lui donnait à la vérité plus de facilité pour la dissection, mais dont il était ensuite obligé de réunir les bords par suture (fig. 509).

Le procédé de J.-N. Roux est à peu près inapplicable car il est fort difficile de disséquer la peau et de la détacher en glissant ainsi sous elle le bistouri; la modification de Lisfranc facilite au contraire la dissection; toutefois Berg, en pratiquant dans la région du cou une incision parallèle à celle qui résultait de l'ablation du cancer



et en transformant le procédé par glissement en procédé par pivotement, l'a rendu tout à fait pratique, car l'incision de Lisfranc,

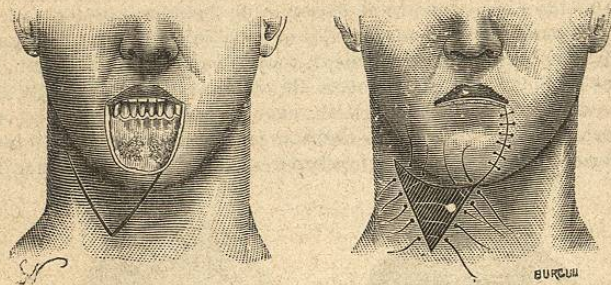


FIG. 510.  
Procédé de Berg.

suffisante pour la dissection, laisse encore fort difficile l'ascension du lambeau jusqu'au niveau du bord libre (fig. 510).

*Procédé de Chopart.* — On commence par faire en dehors et de chaque côté du mal une incision A B, C D, qui descend verti-

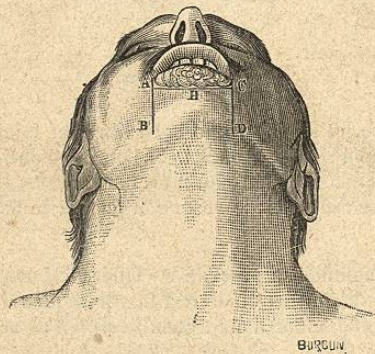


FIG. 511.  
Procédé de Chopart.

calement du bord libre de la lèvre au-dessous de la mâchoire, plus ou moins loin, selon l'étendue du mal et la perte de substance à réparer; on peut ainsi descendre jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

On saisit par son bord supérieur le lambeau quadrangulaire H tracé par ces deux incisions, et on le détache de l'os de haut en bas, en lui conservant toute l'épaisseur possible et en lui évitant toutefois de racler de trop près le périoste. La dissection achevée, on coupe en travers et carrément tout ce qui est altéré. On relève aussitôt le reste du lambeau en même temps qu'on fait baisser la tête au malade, et, par ces deux actions simultanées, on amène le bord supérieur du lambeau H jusqu'au niveau des portions restantes de la lèvre, ou au niveau des commissures labiales, et l'on réunit les sutures aux bords externes des incisions (fig. 511).

Tous ces procédés qui empruntent la peau du menton et du cou ne donnent qu'une lèvre mince, difforme, immobile, dont la rétraction n'empêche même pas toujours la salive de s'écouler. Malgaigne a pensé qu'on aurait une lèvre plus épaisse, plus mobile, ressemblant autant que possible à la lèvre naturelle par le procédé suivant.

*Procédé de Malgaigne.* — Toutes les parties dégénérées doivent être enlevées d'abord, soit par une incision en V comme dans le

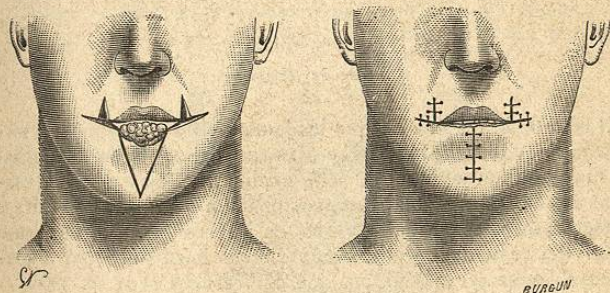


FIG. 512.  
Procédé de Malgaigne combiné avec celui de Camille Bernard.

procédé ancien, soit par deux incisions verticales descendant jusqu'à la base de l'os maxillaire, et réunies là par une incision transversale (fig. 512).

Dans le premier cas, on aura une perte de substance triangulaire; il convient alors de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de disséquer de façon à obtenir deux lambeaux triangulaires. On en réunira les bords



verticaux sur la ligne moyenne à l'aide de points de suture; quant au bord supérieur, tout ce qui dépassera l'étendue qu'on veut donner à la lèvre sera également recousu à l'autre bord de l'incision horizontale.

Dans le second cas, la perte de substance est quadrilatère. Aux deux incisions qui prolongent les commissures, il faut en ajouter deux autres parallèles qui longent la base de la mâchoire. On détachera ensuite par la dissection deux lambeaux latéraux quadrilatères qu'on réunira l'un et l'autre sur la ligne moyenne, et aux autres incisions partout où besoin sera (fig. 513).

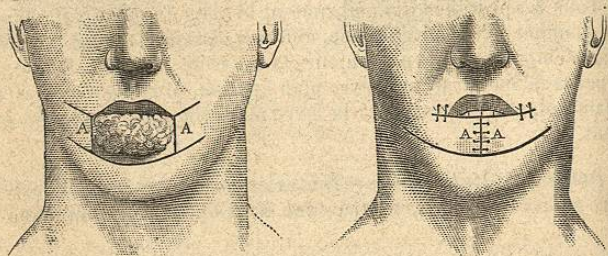


FIG. 513.

Procédé de Malgaigne.

Il résulte de ce procédé que les joues seules contribuent à former la lèvre, dont le bord libre est constitué par le bord saignant de l'incision horizontale. De cette manière, la lèvre nouvelle contient des fibres musculaires appartenant à l'orbiculaire et à ses antagonistes : elle est recouverte en arrière par une muqueuse naturelle, et même on peut recouvrir son bord libre par la muqueuse, en se servant du procédé de Werneck (Voy. p. 190).

Bonnet (de Lyon), qui a appliqué ce procédé avec succès, croit qu'on peut se dispenser de recoudre la muqueuse, que les progrès de la cicatrisation réuniront spontanément à la peau. Sédillot, non content de la muqueuse buccale, a eu l'idée de détacher de chaque côté un lambeau du bord libre de la lèvre supérieure, et de le replier sur la surface saignante du bord nouveau de la lèvre inférieure.

*Procédé de Dieffenbach.* — Le cancer est cerné par une incision en V. Une incision plus externe et parallèle aboutissant à la joue et réunie à l'une des branches du V par l'élargissement ho-

rizontal de la commissure constitue un lambeau quadrilatère dont la base adhérente est au menton. Un lambeau semblable est taillé

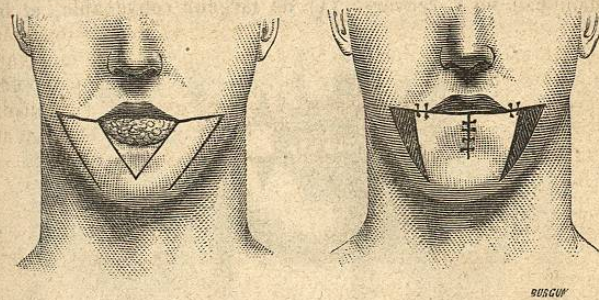


FIG. 514.

Procédé de Dieffenbach.

de l'autre côté, puis on les incline l'un vers l'autre en les réunissant sur la ligne médiane (fig. 514).

Bruns, en taillant les lambeaux aux dépens de la joue, me paraît avoir eu une idée peu heureuse, car la difformité qui résulte de

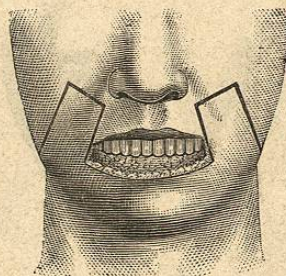


FIG. 515.

Procédé de Bruns.

cet emprunt doit être considérable et surtout fort apparente (fig. 515).

*Procédé de Camille Bernard.* — Les incisions horizontales pratiquées comme je l'ai indiqué, on juge, en rapprochant les



lambeaux, de l'excès de longueur qui en résulterait pour la lèvre supérieure. En conséquence, à l'aide de forts ciseaux, on enlève de chaque côté de cette lèvre, juste en dehors de la commissure, un lambeau en V renversé (A) de largeur convenable, et les

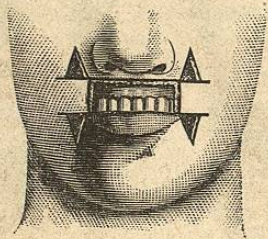


FIG. 516.  
Procédé de Camille Bernard.

plaies qui en résultent sont réunies comme les autres par suture (fig. 516).

Ce procédé peut même être appliqué simultanément aux deux lèvres, d'une part pour faciliter le rapprochement des lambeaux

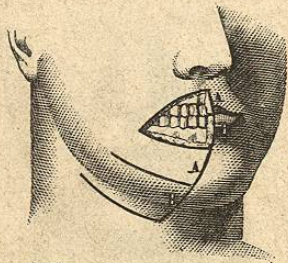


FIG. 517.  
Procédé de Ledran et de Mackensie.

qui doivent former la nouvelle lèvre, de l'autre pour éviter l'excès de longueur de la lèvre laissée intacte.

Lenoir voulait que ces incisions en V fussent faites avant l'incision horizontale sur laquelle elles doivent tomber; outre une plus grande difficulté peut-être, on n'aurait pas ainsi la possibilité d'apprécier exactement la largeur qu'il convient de leur donner.

C'est à tort que ce procédé est décrit comme imaginé par Burrow.

*Procédé de Syme.* — Le cancer étant enlevé par une incision en V, dont les deux branches (A, B) remontent aux com-

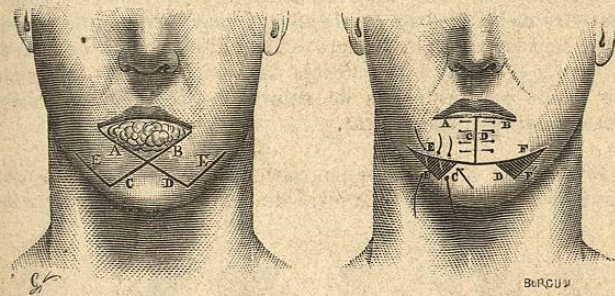


FIG. 518.  
Procédé de Syme.

missures des lèvres, on prolonge ces branches en bas C, D, de manière à figurer un X; puis de l'extrémité de chaque branche inférieure de l'X, on fait partir une nouvelle incision E, E, qui

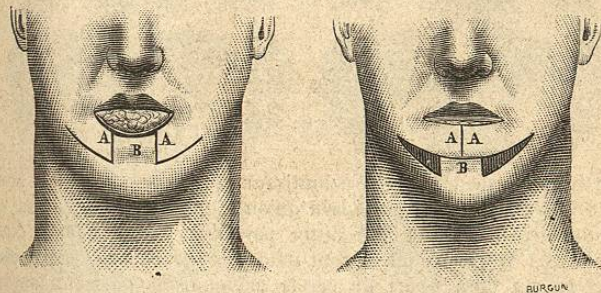


FIG. 519.  
Procédé de Teale.

se dirigera en dehors, soit parallèlement à la branche supérieure, soit en se rapprochant un peu plus de la ligne horizontale. On aura ainsi deux lambeaux obliques en bas et en dedans, que l'on disséquera et que l'on ramènera l'un vers l'autre, de



manière à réunir par suture les deux bords libres sur la ligne médiane. La partie inférieure de la suture répondra au sommet des parties molles conservées sur le menton entre les branches inférieures de l'X, et la cicatrice trouvera là un point assuré qui l'empêchera d'être trop attirée en bas (fig. 518).

Le procédé de Teale (fig. 519), analogue à celui de Syme, assure peut-être mieux la fixité des lambeaux constituant la lèvre nouvelle, mais la partie qui formera le bord libre manque de largeur suffisante et expose à voir l'excès de tension amener la section des chairs par les points de suture. Le procédé de Sédillot évite mieux cet inconvénient.

*Procédé de Sédillot.* — Le cancer enlevé par une incision parallèle au bord libre de la lèvre et aboutissant à deux incisions

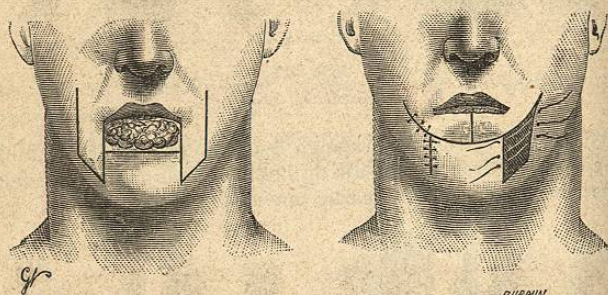


FIG. 520.

Procédé de Sédillot.

verticales descendant des commissures, on prolonge ces deux incisions par en bas, aussi loin qu'on le juge nécessaire; on en ajoute de chaque côté une autre parallèle, circonscrivant deux lambeaux verticaux qui seront détachés par en bas, et par une inclinaison d'un quart de cercle reviendront horizontalement s'affronter sur la ligne médiane, où on les réunira par suture, entre eux d'abord, puis à la plaie transversale du menton (fig. 520).

Dans les cas où le cancer atteint la commissure ou recouvre tout le menton, les lambeaux doivent être forcément empruntés sur le cou, et les procédés deviennent moins réguliers, car ils varient presque à chaque malade.

## VII. — Chéiloplastie de la lèvre supérieure.

Le cancer est infiniment moins fréquent à cette lèvre qu'à l'autre; de là la rareté des opérations à pratiquer sur ce point,

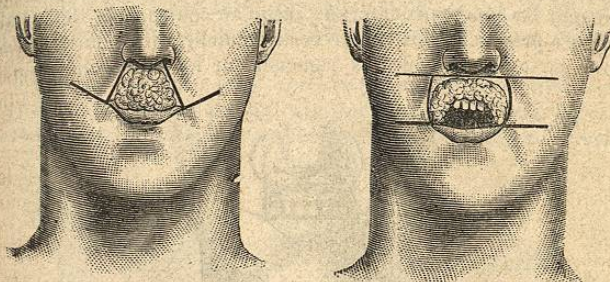


FIG. 521.

Premier procédé de Malgaigne.

FIG. 522.

Procédé de Bruns.

et la lacune qu'on trouvait à cet égard dans tous les livres de médecine opératoire. Ledran, ayant à enlever une lèvre supérieure cancéreuse, ne trouve d'autre moyen de masquer la dif-

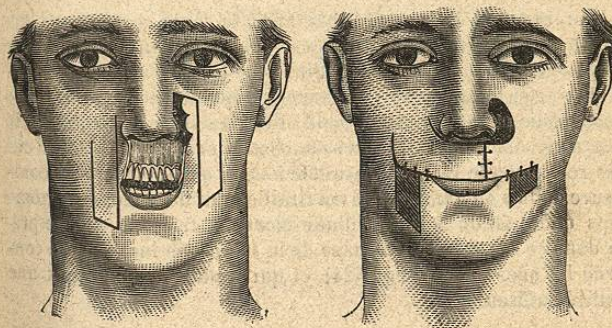


FIG. 523.

Deuxième procédé de Malgaigne pratiqué par Sédillot.

formité qu'en faisant remonter la lèvre inférieure jusqu'au-dessous de la base du nez.



Dès 1834, dans la première édition de ce livre, Malgaigne avait signalé comme bien préférable son procédé à tiroir, également conseillé pour la lèvre inférieure; ce procédé a été appliqué depuis lors par nombre de chirurgiens. Il a été insuffisamment décrit dans l'article précédent.

Lorsque toutefois le cancer s'étend si loin qu'on ne pourrait ramener les lambeaux latéraux jusqu'au centre, dès 1853, Malgaigne a proposé de les tailler verticalement, en les laissant adhérer par en haut et de les ramener sur les os maxillaires par

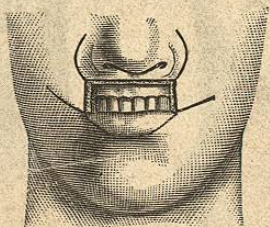


FIG. 524.

Chéiloplastie de la lèvre supérieure.

une rotation égale seulement à un quart de cercle. C'est ce procédé que Sédillot a mis en usage.

Le procédé de Malgaigne présente à la lèvre supérieure des difficultés qu'on ne rencontre pas à la lèvre inférieure. Si le cancer remonte un peu haut, l'incision en V n'est plus applicable; et si la perte de substance est quadrilatère, la fixité de la sous-cloison et des ailes rend difficile, sinon impossible, le glissement des lambeaux latéraux. Bruns pratique sous les narines une seconde incision parallèle à celle qui intéresse les commissures, mais on amène ainsi un tiraillement des joues, en même temps qu'on sillonne la face d'une cicatrice transversale. Je préfère dans ce cas mener à la base de la lèvre une incision qui contourne les ailes du nez (fig. 524), et qui donne aux lambeaux une mobilité suffisante.

#### VIII. — Chéiloplastie des deux lèvres.

Dans le cas assez rare où l'on aurait à refaire à la fois les deux lèvres, on combinerait les opérations applicables à la res-

tauration isolée de chacune d'elles. Il est impossible de décrire des procédés qui varient dans chaque cas particulier; c'est au chirurgien à combiner les incisions de manière à utiliser toutes les parties saines. L'exemple de Vanzetti montre qu'on peut réussir même dans des cas où la perte de substance est considérable; mais il faut toujours s'attendre à ce que la guérison laisse après elle une grande difformité et de larges cicatrices (fig. 525).

Ayant à réparer une large perte de substance résultant de l'enlèvement d'un cancer portant sur une moitié des deux lèvres, la commissure et la partie voisine de la joue, Vanzetti mobilisa

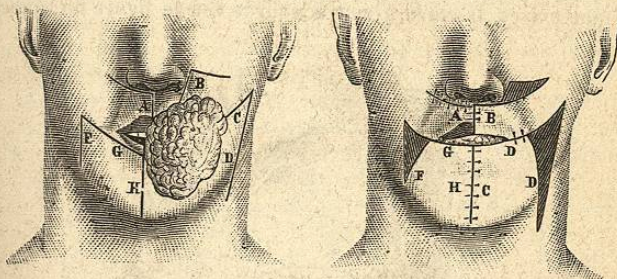


FIG. 525.

Procédé de Vanzetti.

d'abord par deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale, la partie saine de la lèvre supérieure; deux autres incisions (B) circonscrivent un lambeau, lequel abaissé vient reformer la lèvre supérieure. La lèvre inférieure fut rétablie en taillant à droite et à gauche deux lambeaux qu'il fit basculer l'un vers l'autre. La figure 525 fera mieux comprendre qu'une description l'inclinaison donnée aux lambeaux.

### ARTICLE II

#### OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR DES LÉSIONS DE LA JOUE.

##### I. — Génomplastie.

Franco est le premier qui ait restauré une joue presque entièrement perdue. Il fendit la peau, dit-il, contre l'oreille,