

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

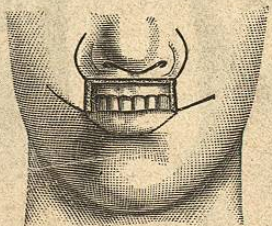


FIG. 524.

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

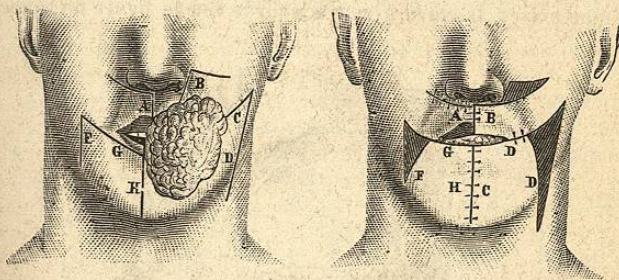


FIG. 525.

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,

contre l'œil et contre la mâchoire inférieure, et disséqua les téguments de tous côtés jusqu'à ce qu'il pût en affronter les bords. Il est probable qu'il avait ainsi taillé plusieurs lambeaux, comme dans les procédés à tiroir. J.-N. Roux, dans un cas moins grave, s'est contenté de disséquer les bords de la solution de continuité, sans tailler de lambeaux. On pourrait également recourir aux procédés par inclinaison. Mais, dans des larges pertes de substance, peut-être aucun procédé n'offre autant de ressources que celui de Lallemand, qui se rattache à la méthode indienne.

Procédé de Lallemand. — Les bords de la perte de substance étant avivés, le chirurgien trace sur le cou la figure du lambeau

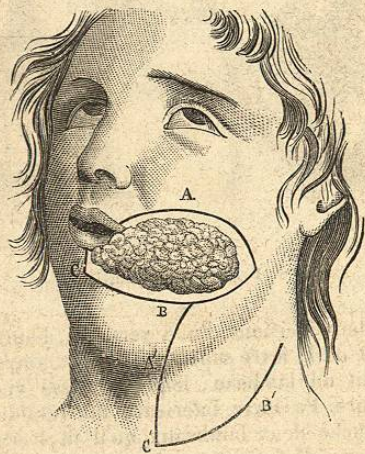


FIG. 526.

Procédé de Lallemand.

dont il a besoin, en lui donnant un tiers de plus en largeur que la plaie à recouvrir. Ce lambeau doit être pris sur le côté du cou, au-dessous de la mâchoire et au-devant du muscle sterno-mastoïdien; il est donc oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et son pédicule, large de 3 centimètres, doit être situé près de la plaie, avec laquelle il se continue par son bord antérieur et supérieur. On le dissèque avec soin en lui laissant toute

l'épaisseur possible, sans intéresser cependant la veine jugulaire externe, ni les rameaux du plexus cervical. La dissection achevée, on le conduit doucement, par un mouvement d'arc de cercle, et sans tordre son pédicule, jusque sur la plaie qu'il doit complètement recouvrir, et aux bords de laquelle on le fixe par des points de suture entrecoupée. Les bords de la perte de substance faite au cou sont, autant que possible, rapprochés de la même manière (fig. 526).

II. — Resserrement cicatriciel des mâchoires.

Cette affection succède généralement à de larges ulcérations de la muqueuse qui revêt l'intérieur des joues; à mesure que la cicatrice s'y forme, elle rapproche les deux mâchoires au point de rendre leur écartement impossible.

La première idée a été de couper la cicatrice en travers, et d'introduire entre les deux arcades dentaires un coin de bois pour les tenir écartées durant la cicatrisation nouvelle. Mais, à mesure que celle-ci s'opère, la rétraction du tissu inodulaire suit son cours, et rapproche les mâchoires au même degré qu'auparavant. V. Mott a coupé en travers toute l'épaisseur de la joue avec la cicatrice; je ne sais, en vérité, dans quelle espérance. Malgaigne essaya de déterminer une cicatrice plus longue en plaçant une plaque de bois en dehors de l'arcade dentaire, il n'a pas mieux réussi.

Enfin, en 1840, Carnochan ayant vainement essayé d'abaisser la mâchoire après la section des cicatrices, fractura accidentellement l'os, et essaya alors d'obtenir une pseudarthrose; mais après trois semaines d'un succès apparent, la fracture entra dans la voie de la consolidation. Il en conclut que ni la fracture ni la section ne suffiraient, et qu'une résection serait nécessaire. Cette idée a fait son chemin depuis. A. Bérard, en 1838, émit l'idée de sectionner le col du condyle de la mâchoire, et en 1855 Bruns fit la résection sur la branche de l'os, en arrière de la cicatrice.

En 1854, Esmarch (de Kiel) observa un jeune enfant, qui à la suite d'une gangrène de la joue ne pouvait ouvrir la bouche; mais un sequestre comprenant trois incisives et la canine gauche s'étant détaché, les mouvements reparurent d'un côté et persistèrent. Esmarch eut l'idée que la résection dans des cas semblables procurerait la guérison et fit une communication en e

sens au Congrès de Göttingen en 1857. Sur le conseil d'Esmarch, Wilms, de l'hôpital Bethanien, à Berlin, fit cette opération en 1858 et réussit. Peu après, Esmarch fit lui-même l'opération.

Cependant, Rizzoli (de Bologne), témoin d'un fait de guérison spontanée, dans un cas où la résection avait été faite par Baroni, en 1832, pour une nécrose compliquant le resserrement cicatriciel, avait fait en 1854, avant Esmarch, la section de la mâchoire; c'est donc à Rizzoli que revient l'honneur de l'invention de la méthode. Ajoutons toutefois qu'il n'avait rien publié lorsque Esmarch fit sa communication en 1857.

Quoi qu'il en soit, les procédés suivis par Esmarch et par Rizzoli diffèrent l'un de l'autre.

1^o *Section de l'os. Procédé de Rizzoli.* — Il commence par détacher la lèvre inférieure des gencives et de l'os, et par la rabattre au-dessous du menton; puis il glisse au-dessous et en arrière de l'os l'une des lames de fortes cisailles, et opère la section d'un seul coup. A l'instant, selon l'auteur, les deux fragments s'écartent; chez son opéré, l'écartement alla à près d'un demi-pouce. On introduit entre eux de la charpie pour les faire cicatrifier à part, et l'on ajoute un coin de liège entre les arcades dentaires du côté mobile, pour mieux assurer l'écartement.

2^o *Résection. Procédé d'Esmarch.* — La mâchoire est mise à nu en avant de la cicatrice des parties molles et par des incisions qui varient de forme et d'étendue suivant les cas. Puis avec la scie à chaîne, ou la pince de Liston, on fait à la mâchoire une double section et l'on en retranche une portion plus ou moins considérable de un, deux ou trois centimètres de longueur. Les deux sections osseuses sont le plus souvent parallèles, quelquefois cependant on les a faites obliquement de manière à circonscrire un fragment triangulaire à base inférieure.

Appréciation. — Sur vingt-cinq observations rassemblées par Mathé et par Duplay, on compte quatre morts, cinq récidives et seize succès. L'opération de Rizzoli a donné des résultats à peu près semblables à celle d'Esmarch au point de vue de la permanence de la guérison; il est donc impossible de se prononcer avec quelque certitude pour l'une et pour l'autre opération. Celle de Rizzoli n'exigeant qu'une simple section est plus facile et paraît donc, sous réserve d'une expérience plus longue, mériter la préférence. Ce qu'il importe avant tout d'éviter, c'est la réunion

trop intime des fragments; pour conserver leur mobilité les uns sur les autres, il faut placer un coin de bois entre les arcades dentaires du côté que l'on veut mobiliser, afin de maintenir l'ouverture de la bouche et faire exécuter de fréquents mouvements à la mâchoire, afin d'obtenir le plus de laxité possible entre les liens qui réunissent les deux fragments. Les cas de mort survenus par infection purulente entre les mains de Rizzoli, Esmarch, Demarquay montrent que l'opération n'est pas sans danger; il faut donc essayer tout d'abord la dilatation mécanique, associée s'il est besoin aux sections des parties molles; mais si on échoue par ce moyen, l'opération d'Esmarch et de Rizzoli offre une précieuse ressource.

ARTICLE III

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL SALIVAIRE.

I. — *Fistules du conduit de Sténon.*

Anatomie. — Le conduit de Sténon peut être divisé en deux portions, l'une terminale, qui a été décrite par tous les auteurs, l'autre intra-glandulaire, qui ne se révèle que par l'injection, et qui a été spécialement étudiée par Sappey. La portion intra-glandulaire naît de la partie inférieure de la parotide, contourne le bord postérieur de la mâchoire, à l'union de son tiers moyen avec le tiers inférieur, et remonte obliquement sur le masséter, jusqu'à un centimètre au-dessous de la partie antérieure de l'arcade zygomatique, où elle se continue avec la portion terminale.

Celle-ci marche d'arrière en avant, d'abord sur le muscle masséter; puis, à 8 ou 10 millimètres en avant de ce muscle, elle se recourbe en dedans à travers le tissu adipeux de la joue, perce le buccinateur, et se termine, sans valvule, à la muqueuse buccale, vis-à-vis la première ou la seconde grosse molaire, à 7 ou 8 millimètres au-dessous du point où la muqueuse buccale s'unit aux gencives. Sa direction est à peu près horizontale, un peu inclinée toutefois en bas et en avant, suivant une ligne étendue de la saillie du tragus à la commissure des lèvres. Son calibre va jusqu'à un millimètre et demi de diamètre, mais elle est rétrécie à son orifice. Elle a d'ailleurs des parois fort épaisses, et enfin elle est longée ordinairement par l'artère faciale transverse, et par un rameau volumineux du nerf facial.