

Appréciation. — Le procédé de Richerand n'est applicable qu'au cancer superficiel, diffus, et siégeant sur le bord labial même. L'autre convient mieux aux tumeurs cancéreuses circonscrites et ayant des racines profondes, surtout quand elles occupent les commissures labiales. Dans ces cas même, lorsque le cancer envoie des prolongements vers la joue dans diverses directions, on peut l'enlever en entier en combinant ensemble plusieurs incisions en V, de telle sorte que leurs bords puissent toujours être réunis par suture, et la plaie se fermer par première intention. Quand la perte de substance est trop considérable pour se déguiser par ce moyen, on la répare à l'aide des procédés de chéiloplastie, qui varient pour la lèvre inférieure et pour la lèvre supérieure.

6° 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.

4° *Procédés par glissement.* — Le procédé le plus anciennement employé n'est autre que l'incision en V, appliquée soit à l'ablation du cancer, soit au rafraîchissement de la perte 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.

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 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 inférieur 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. Chopart s'y était déjà mieux pris.

2° *Procédés à tiroir.* *Procédé de Chopart.* — On commence par faire en dehors et de chaque côté du mal une incision qui descend verticalement 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 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 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 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.

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

Procédé de l'auteur. — Toutes les parties dégénérées doivent être enlevées d'abord, soit par une incision en V comme dans le procédé ancien, soit par deux incisions verticales descendant jusqu'à la base de l'os maxillaire, et réunies là par une incision transversale.

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 à l'autre sur la ligne moyenne, et aux autres incisions partout où besoin sera.

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. 464).

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. M. 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.

Mais, à part la difficulté de réunir les lambeaux quand la perte de substance est considérable, il y a un inconvénient réel à trop rapprocher les commissures labiales, ce qui plisse la lèvre supérieure. M. Camille Bernard y obvie par le procédé suivant, qui laisse la lèvre supérieure intacte, tout en la préservant de ce plissement.

Procédé de M. 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 la largeur convenable, et les plaies qui en résultent sont réunies comme les autres par suture.

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.

3° *Procédés par inclinaison.* — Ils varient selon que la perte de substance peut être limitée par une large incision en V, ou qu'il faut enlever un lambeau quadrilatère parallèle au bord libre de la lèvre. Au premier cas se rapporte le procédé de M. Syme ; au second, un procédé que j'avais indiqué pour la lèvre supérieure, et que M. Sédillot a appliqué à la lèvre inférieure.

Procédé de M. Syme. — Le cancer étant donc enlevé par une incision en V, dont les deux branches remontent aux commissures des lèvres, on prolonge ces branches en bas, de manière à figurer un X ; puis de l'extrémité de chaque branche inférieure de l'X, on fait partir une nouvelle incision qui 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.

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

7° Chéioplastie 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, 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 trouva d'autre moyen de masquer la difformité qu'en faisant remonter la lèvre inférieure jusqu'au-dessous de la base du nez.

Dès 1834, dans la première édition de ce livre, j'avais signalé

comme bien préférable mon procédé à tiroir, également conseillé pour la lèvre inférieure; ce procédé a été appliqué depuis lors par nombre de chirurgiens. Il a été suffisamment 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 j'ai proposé de les tailler verticalement, en les laissant adhérer par en haut, et de les ramener sur les os maxillaires par une rotation égale seulement à un quart de cercle. C'est ce procédé que M. Sédillot a mis en usage pour la lèvre inférieure.

Art. II. — Opérations pratiquées pour des lésions de la joue.

1° Génoplastie.

Franco est le premier qui ait restauré une joue presque entièrement perdue. Il *fendit la peau*, dit-il, *contre l'oreille, et 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 les 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 vivés, le chirurgien trace sur le cou la figure du lambeau 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 sub-

stance faite au cou sont, autant que possible, rapprochés de la même manière.

2° 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. J'ai essayé de déterminer une cicatrice plus longue en plaçant une plaque de bois en dehors de l'arcade dentaire, et je n'ai pas mieux réussi.

Enfin, en 1840, M. Carnochan ayant vainement essayé d'abaisser la mâchoire après la section des cicatrices, fractura l'os, et essaya 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. Je ne m'arrêterai pas à un malheureux essai tenté en 1853 par M. Bruns, qui fit la résection sur la branche de l'os, en arrière de la cicatrice. Dès 1854, M. Essmarch avait posé l'indication de la pratiquer en avant, et cette indication a été réalisée par M. Wilms en 1858, et M. Dittl en 1859. D'un autre côté, M. Rizzoli avait réussi dès 1857 par la section simple. Nous avons donc à rendre compte des deux procédés.

1° Section de l'os. Procédé de M. Rizzoli. — Il commence par détacher la lèvre inférieure des gencives et de l'os, et par la rabattre au-dessous du menton, suivant mon procédé (voy. p. 220); 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 premier opéré, l'écartement alla à *près d'un demi-pouce*. On introduit entre eux de la charpie pour les faire cicatriser à part, et l'on ajoute un coin de liège entre les arcades dentaires du côté mobile, pour mieux assurer l'écartement.

M. Rizzoli a opéré ainsi trois sujets de douze, quinze et vingt-