

réunion; la division peut dans ce cas occuper une partie seulement de la hauteur de la lèvre, toute la lèvre, pénétrer même dans la narine correspondante, mais le rebord alvéolaire et la voûte palatine sont intacts.

Le bec-de-lièvre compliqué (et je me place ici au point de vue purement clinique) est celui dont la réunion exige non seulement l'avivement des bords, mais encore une autre opération adjuvante, telle que décollement de la lèvre, résection d'os. Il s'accompagne en général de division palatine.

On peut, ce me semble, rapporter à trois les cas en présence desquels se trouve le praticien : 1° le bec-de-lièvre est simple; — 2° le bec-de-lièvre est compliqué, mais il n'existe pas de saillie de l'os intermaxillaire; — 3° il existe une saillie médiane de l'os incisif. La conduite à tenir est différente dans chacune de ces trois circonstances.

1° *Bec-de-lièvre simple.* — On nous demande constamment : A quel âge de la vie faut-il opérer le bec-de-lièvre? Il est impossible de répondre à cette question d'une manière générale, car cela dépend des cas. J'estime pour mon compte que le bec-de-lièvre, simple, celui qui, je le répète, n'exige qu'un avivement, peut être opéré tout de suite après la naissance; le traumatisme est insignifiant et la perte de sang si minime que l'enfant ne court aucun danger. D'autre part, il y a grand intérêt pour l'alimentation à ce que la lèvre soit réparée le plus tôt possible. Je dirai plus loin comment il faut pratiquer l'avivement et la suture.

2° *Bec-de-lièvre compliqué sans saillie de l'os incisif.* — Cette variété de bec-de-lièvre exige le décollement de l'un ou des deux bords de la division pour en obtenir le rapprochement, et par conséquent ne doit jamais être opérée à la naissance. Il résulte en effet de l'opération une perte de sang assez notable qui exposerait grandement la vie du nouveau-né. J'estime qu'il faut attendre la fin de la première année, et encore, si l'opération préliminaire à l'avivement devait avoir quelque importance, il serait préférable de reculer la limite jusqu'à deux ou trois ans. Ce qui s'oppose au rapprochement des lèvres de la division, c'est l'aile du nez (la gauche en général, le bec-de-lièvre étant plus fréquent de ce côté), laquelle, déjetée plus ou moins fortement en dehors, est adhérente au maxillaire supérieur. Il faut donc détacher, mo-

biliser cette aile, et souvent pour cela porter l'incision jusque dans la fosse canine. Une simple division du repli muqueux suffit en général à libérer et à mobiliser le bord droit. Cette variété s'accompagne souvent de la division du rebord alvéolaire et de la voûte palatine, mais je suis d'avis qu'il ne faut s'occuper que de la restauration de la lèvre, laissant pour beaucoup plus tard celle du palais. Dans le cas de division du rebord alvéolaire, il est fréquent, sinon constant, d'observer un relief beaucoup plus prononcé de la partie qui sous-tend le côté droit de la division. C'est encore un obstacle au rapprochement : d'où la nécessité d'un décollement plus grand de la face profonde de la lèvre de ce côté. Il ne faut d'ailleurs exercer aucune action sur cette saillie osseuse, qui s'affaîssera peu à peu par la pression de la lèvre restaurée.

Je ne suis pas d'avis d'opérer le décollement des deux lèvres de la division avec le thermo-cautère, à cause des eschares qui en sont la conséquence et de la suppuration que provoque leur élimination; je préfère le bistouri ou mieux encore les ciseaux, qui sont plus hémostatiques. Il s'écoule un peu de sang, il est vrai, mais, si l'on procède par petits coups en comprimant à mesure avec le doigt, la quantité est minime. Il est bon de placer une éponge dans la bouche, afin que l'enfant n'avale pas le sang. Il faut que la joue droite et la narine soient complètement mobilisées pour obtenir un résultat favorable, empêcher la traction et ramener l'aile du nez à sa place. On évite ainsi d'embrocher le nez à sa base avec une longue aiguille, ainsi que l'ont conseillé quelques chirurgiens. C'est lorsque l'aile du nez est très reportée en dehors (ce qui nécessite un large décollement) que je suis d'avis d'attendre pour opérer que l'enfant ait atteint la deuxième ou la troisième année.

3° *Bec-de-lièvre compliqué avec saillie de l'os incisif.* — Dans ce cas, le bec-de-lièvre est nécessairement double. L'os incisif fait en avant une saillie plus ou moins grande, et il est recouvert par une petite plaque de peau arrondie qui se continue avec l'extrémité du nez et pourra servir à refaire la sous-cloison. Il est bien évident qu'il faut attendre, pour opérer, que l'enfant ait une résistance suffisante, car l'opération est plus sérieuse encore que dans le cas précédent. Je pense que trois ou quatre ans sont nécessaires, ce qui dépend d'ailleurs de la santé du sujet.

Comment se comporter à l'égard du tubercule incisif médian? La question est délicate. En principe, il faut le conserver, puisqu'il

contient les dents incisives, mais ce n'est pas toujours possible. Il est si saillant dans certains cas, que force est de le réséquer, et le meilleur procédé est un coup de pince de Liston après dissection de la peau qui le recouvre. Il est bon d'être prévenu qu'il renferme quelquefois des artères assez volumineuses. Lorsque le tubercule n'est pas trop saillant, il faut essayer de le réduire en le refoulant en arrière jusqu'à ce qu'il prenne place entre les deux maxillaires supérieurs. Le refoulement simple peut suffire en produisant une certaine effraction, et c'est le procédé que je préfère. Si on rencontre trop de résistance, on donnerait un coup de pince de Liston sur la cloison qui supporte le tubercule, de façon à produire par la pression une sorte de chevauchement. On a aussi conseillé de pratiquer une excision, d'enlever un morceau triangulaire de la cloison, mais je préfère le refoulement avec ou sans section.

Lorsque l'on a réséqué ou réduit le tubercule incisif, je pense que d'une façon générale il est plus sage d'ajourner le reste de l'opération à une époque ultérieure. Si ce premier temps est bien supporté, on procédera à l'avivement et à la suture huit ou quinze jours après; sinon, on attendra plus longtemps. Dans le dernier cas que j'ai opéré, l'enfant, âgé de quatre ans, fut tellement affaibli par la résection du tubercule médian, que je dus le renvoyer chez lui, remettant à plusieurs mois le complément de l'opération.

*Mode d'avivement et suture du bec-de-lièvre.* — Quelle que soit la variété du bec-de-lièvre, qu'il ait été ou non nécessaire de pratiquer des décollements, la réduction du tubercule médian, une opération préliminaire quelconque, il faut ensuite procéder à l'avivement et à la suture en suivant les règles que je vais maintenant tracer.

L'avivement doit être fait en général avec le bistouri. Il doit comprendre toute l'épaisseur de chaque bord de la division. Ayez grand soin d'aviver l'angle supérieur dans la narine. On s'est beaucoup préoccupé de rendre au bord libre de la lèvre sa physiologie normale et surtout d'éviter une encoche qui se produit souvent au niveau de la suture. Dans ce but on a varié la forme de l'avivement en taillant des petits lambeaux soit d'un côté, soit des deux côtés. Lorsque le bec-de-lièvre est simple, que les bords de la division sont facilement rapprochés l'un de l'autre, que l'aile du nez n'est pas déjetée, et que l'arcade alvéolaire est complète, il suffit quelquefois, pour obtenir un bon résultat, de

faire un avivement ordinaire, c'est-à-dire d'enlever complètement avec le bistouri ou avec les ciseaux un liséré de chacun des bords sans se préoccuper de l'encoche; c'est au chirurgien d'apprécier si les deux bords de la plaie sont suffisamment parallèles pour que le bord libre de la lèvre soit rectiligne après la réunion.

Le plus souvent il est préférable de ne pas détacher complètement la bande d'avivement, de la conserver de l'un ou des deux côtés, afin de s'en servir pour combler la dépression qui constitue l'encoche. Je me sers depuis bien des années d'un procédé décrit sous le nom de procédé de Giraldès. Il consiste, ainsi que le montre la figure 24, à enlever complètement la bande gauche d'avivement



Fig. 24. — Opération du bec-de-lièvre à un lambeau.

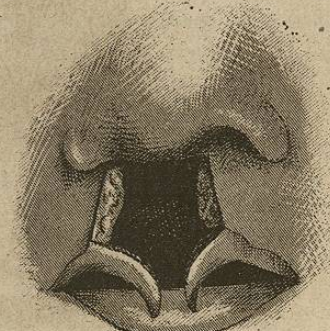


Fig. 25. — Opération du bec-de-lièvre à deux lambeaux.

en conservant la bande droite, qui reste adhérente par sa base au bord libre et que l'on abaisse de manière qu'elle devienne horizontale.

Si les deux bords de la division étaient également déjetés en dehors et que l'on craignît de manquer d'étoffe, il serait préférable de conserver les deux bandes d'avivement, selon le procédé de Clémot et de Nélaton, et de les renverser comme le montre la figure 25. Nélaton abaissait les deux bandes d'avivement entières en les maintenant réunies entre elles par leur sommet, ce qui me paraît inutile, car l'extrémité se sphacèle ou forme une saillie qu'il faut retrancher ensuite.

Après avoir attendu suffisamment pour que l'hémostase soit complète, procédez à la suture. On se servait presque exclusivement jadis et on se sert encore quelquefois aujourd'hui de la suture entortillée avec des épingles, mais je pense que la suture à

points séparés avec un fil d'argent ou mieux encore avec un fil d'or est préférable. Employez pour passer les fils une aiguille courbe très fine.

La manière de passer les fils présente dans l'espèce une réelle importance. On voit des enfants opérés régulièrement du bec-de-lièvre, sans accidents ni complications, s'éteindre ensuite tout doucement dans les heures qui suivent l'opération, et cela parce que la suture n'a pas été bien faite. Ces enfants succombent à l'hémorrhagie qui se produit au niveau du bord postérieur de la

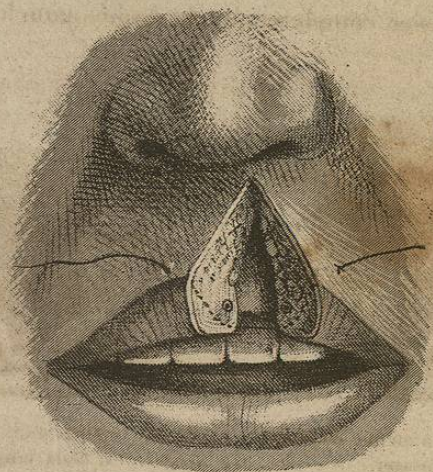


Fig. 26. — Manière de passer le fil dans la suture du bec-de-lièvre.

plaie par l'artère coronaire, celle-ci n'ayant pas été comprise dans l'anse du fil, comme elle eût dû l'être. Rappelons que cette artère est beaucoup plus rapprochée de la muqueuse que de la peau et qu'elle est située en arrière du muscle orbiculaire au sein de la couche glanduleuse. Or, si les deux bouts de l'artère ne sont pas compris dans la suture, ils restent béants dans la plaie. Étant donné en effet la direction des fibres de l'orbiculaire, toute plaie verticale des lèvres présente une grande tendance à l'écartement de ses bords, et si, dans le bec-de-lièvre en particulier, toute l'épaisseur de la lèvre n'est pas comprise dans la suture, il reste en arrière des fils une sorte d'hiatus dans lequel s'ouvrent précisément les coronaires. Ajoutons que l'enfant exécute des mouvements de succion qui favorisent la sortie du sang dont une perte même minime peut entraîner la mort. La figure 26 montre la ma-

nière de passer le fil. Introduit par la peau à quelques millimètres de la plaie, il doit pénétrer obliquement dans l'épaisseur de la lèvre et sortir juste à l'union de la muqueuse avec la couche glandulaire, pour suivre un trajet inverse du côté opposé. Il est aisé de comprendre qu'avec une pareille suture toute hémorrhagie ultérieure est impossible. Évitez toutefois d'interposer la muqueuse entre les lèvres de la plaie, ce qui pourrait faire manquer la réunion. Quatre ou cinq points de suture seront ordinairement nécessaires. Il suffira de les laisser trois jours en place. Il n'y aurait pas grand inconvénient, surtout avec des fils d'or qui n'irritent pas les tissus, à laisser les sutures pendant quatre et cinq jours.

Comme pansement, j'ai l'habitude de mettre sur la lèvre une lamelle de protectrice et de la gaze phéniquée que je fixe avec un bandeau qui entoure la tête. L'opéré doit être nourri à la cuiller. Après l'enlèvement des fils, il est bon de soutenir la suture à l'aide de quelques bandelettes de tarlatane collodionnée ou bien avec du collodion iodoformé.

#### 4° MALADIES DE LA RÉGION PALATINE.

La région palatine comprend la voûte et le voile du palais. J'étudierai successivement les maladies de l'une et de l'autre.

##### *Maladies de la voûte palatine.*

Les maladies de la voûte palatine sont peu nombreuses : c'est à peine si l'on y observe des plaies, et en général ce sont des plaies par armes à feu produites dans un but de suicide. Elles ne présentent d'ailleurs rien de spécial à noter.

Il est rare également d'y observer des tumeurs, au moins primitives, car la plupart des néoplasmes qui bombent vers la bouche à travers le palais ont pris naissance dans les parties voisines : le maxillaire supérieur, le nez. Chassaignac avait cru trouver un signe précieux de syphilis dans ce qu'il appela l'exostose médio-palatine, mais cette légère saillie se rencontre sur des sujets non syphilitiques.

Il n'y a pas de raison pour que la voûte palatine ne soit pas le siège de tumeurs variées ainsi que les autres régions, et l'on en a observé en effet un certain nombre : anévrysme de l'artère palatine postérieure, angiomes, adénomes, etc., mais elles sont si ex-