

la division anormale de la lèvre est bilatérale. La déglutition est difficile, en cas de division du voile du palais et surtout de la voûte palatine; la voix est alors nasonnée. La difformité est plus ou moins choquante, en raison des complications du bec-de-lièvre.

Traitement. Les indications à remplir sont subordonnées à l'espèce de bec-de-lièvre, à l'état de simplicité ou aux complications de ce vice de conformation.

1° BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL SIMPLE. Il faut, dans ce cas, *aviver* chacun des bords de la solution de continuité et affronter les surfaces sanglantes pour en obtenir la *réunion*. L'avivement peut être fait avec un bistouri ou avec des ciseaux; ces derniers sont d'un maniement plus commode. La réunion pourrait se faire avec des emplâtres agglutinatifs ou un bandage unissant, mais la *suture* est le seul moyen propre à obtenir une coaptation exacte.

Procédé ordinaire. L'enfant est placé sur les genoux d'un aide, la tête et les membres solidement maintenus. Un autre aide comprime les artères faciales sur le corps de la mâchoire inférieure. Le chirurgien saisit, avec une pince à griffes, l'angle inférieur gauche de la division, et excise avec des ciseaux, conduits de bas en haut, une mince lanière comprenant toute l'épaisseur des tissus du bord gauche de la scissure, en dépassant de 5 à 6 millimètres l'angle de réunion des deux bords de la fente. Il fait une perte de substance semblable sur le bord droit de la scissure, en ayant soin de rejoindre l'extrémité supérieure de la première excision. Il réunit ensuite les surfaces cruentes par deux ou trois épingles, de façon à faire une suture entortillée (fig. 10, C, t. I, p. 27), en prenant la précaution de placer d'abord l'épingle inférieure. On peut, afin d'éviter le tiraillement des lèvres de la plaie, appliquer sur la lèvre opérée le bandage unissant des plaies longitudinales (voy. t. I, p. 25). Des bandages mécaniques ont été proposés, pour arriver au même but, par Franco, Verduc, Quesnay, Heister, Chaussier, etc. L'immobilité de la lèvre étant la première condition pour obtenir une adhérence entre les bords avivés, il faut éviter que l'enfant crie, et continuer l'allaitement par le sein de la nourrice. Au bout de quatre jours, on enlève l'épingle la plus éloignée du bord libre de la lèvre; au bout de cinq ou six jours, celles qui avoisinent ce bord. On laisse le fil qui a été enroulé autour des épingles se détacher spontanément, parce que ce fil étant collé aux parties molles subjacentes par du sang et de la lymphe plastique, sert encore de moyen d'union, et que, si on le détachait, il faudrait exercer des tractions préjudiciables. Quelquefois les bords de la solution de continuité se désunissent postérieurement, mais pourvu qu'il reste entre eux un pont cicatriciel solide, on obtient en général une réunion secondaire.

On a reproché à la suture entortillée ordinaire la section prématurée des chairs, et on a proposé diverses modifications au mode de réunion. A. Thierry a employé des épingles à *boule vissée* sur la pointe, après l'introduction de ces épingles à travers les tissus. En portant la boule plus ou moins loin sur la pointe, on repousse plus ou moins l'un contre l'autre les bords de la solution de continuité, et on peut, si le gonflement des tissus

rend la constriction trop forte, donner du jeu aux épingles. Au lieu d'un fil qui réunit par des anses toutes les épingles entre elles, Rigal (de Gaillac) maintient chaque épingle avec une petite lanière de caoutchouc que les deux bouts opposés de l'épingle traversent. Mirault (d'Angers) préfère à la suture entortillée la suture *entrecoupée*; Guersant a fait usage de la suture *enchevillée*, et Denonvilliers s'est servi de la suture dite à *plaques*, consistant à maintenir les bords avivés au moyen de deux *plaques de corne*, disposées en arrière et en avant de la solution de continuité, et assujetties par des fils traversant à la fois les plaques et les lèvres de la plaie.

Procédé de Clémot (de Rochefort). Le procédé qui vient d'être décrit a l'inconvénient de laisser une *encoche* à la partie inférieure de la division labiale, surtout lorsqu'on opère des enfants âgés de quelques années, parce que, chez ces sujets, la lèvre a ordinairement moins de hauteur au niveau de la fente que dans les autres points. L'artifice employé par Clémot, non-seulement comble l'échancrure, mais encore produit une petite saillie du bord libre de la lèvre sur la ligne médiane, ce qui rappelle la conformation normale: le chirurgien de Rochefort forme deux petits lambeaux aux dépens des bords de la fente labiale, en les taillant avec des ciseaux de *haut en bas*, depuis l'angle supérieur de la division jusqu'à 2 millimètres du bord libre de la lèvre; il renverse ces lambeaux de haut en bas, ce qui a pour résultat de les affronter par leur face cruenta, et il les réunit par un point de suture; le reste de la division labiale est aussi affronté par la suture entortillée.

A. Nélaton a proposé la modification suivante au procédé de Clémot: au lieu de tailler un petit lambeau aux dépens de chaque bord de la division labiale, il taille, aux dépens des deux lèvres de cette division, un lambeau en V à sommet placé au-dessus de l'angle supérieur de la fente. Il attire le sommet de ce lambeau en bas, ce qui fait que le petit lambeau *est retourné comme un doigt de gant*, et que les bords sanglants s'affrontent; on réunit ces bords et le reste de la solution de continuité anormale par la suture entortillée.

Mirault (d'Angers) reconstitue la saillie médiane du bord libre de la lèvre, en faisant servir *un seul* des petits lambeaux formés aux dépens des bords de la solution de continuité, et en retranchant l'autre comme dans le procédé ordinaire.

2° BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL COMPLIQUÉ. Les *adhérences* de la lèvre à la gencive, sur les côtés de la fente anormale, sont incisées avec le bistouri, afin de dégager la lèvre. Lorsque ces adhérences sont étendues, leur division peut fournir une certaine quantité de sang, donner même lieu à une hémorragie qu'on arrête par la compression directe. Aussi est-il préférable, dans ces cas, de ne pas opérer dans les premiers jours après la naissance. Lorsque le bec-de-lièvre est compliqué de *bifidité du lobe ou des ailes du nez*, on peut, si l'enfant est robuste et bien développé, faire l'avivement et la suture de la division du nez le même jour; dans les conditions opposées, il est préférable de pratiquer les deux opérations à quelques semaines d'intervalle. La *division de l'arcade alvéolo-dentaire*, au niveau du point de

jonction de la partie latérale de la mâchoire avec la portion médiane de cet os, ne modifie en rien les indications opératoires inhérentes au bec-de-lièvre, chez le nouveau-né; mais si le chirurgien est appelé à exécuter l'opération à l'époque où les *dents incisives et canines sont déjà sorties de leur alvéole*, ces dents, n'ayant pas été soutenues par la lèvre supérieure, sont parfois tellement saillantes en avant, qu'elles s'opposent au rapprochement des bords du bec-de-lièvre; il faut alors les *enlever avec la portion osseuse qui les supporte*, en se servant pour cette ablation d'une pince coupante. Suivant la plupart des chirurgiens, l'existence simultanée du bec-de-lièvre et d'une *division soit du voile du palais, soit de la voûte palatine, soit du voile du palais et de la voûte palatine* à la fois, doit faire retarder l'opération du bec-de-lièvre jusqu'à l'âge de cinq à six mois. Il en est même qui proposent de reculer l'opération du bec-de-lièvre jusqu'à un âge beaucoup plus avancé, afin d'avoir plus de facilité pour exécuter la *staphyloraphie*.

3° BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE. S'il n'existe aucune complication et si le *tubercule médian a une largeur suffisante*, on avive les bords du tubercule et ceux des scissures latérales; on passe ensuite les épingles, en affrontant exactement le lambeau moyen et les lambeaux latéraux, et en les traversant tous les trois avec la même épingle. Pour éviter l'encoche de l'extrémité inférieure de la ligne d'affrontement, on peut appliquer le procédé de Clémot (voy. p. 405). Lorsque le *tubercule médian est très-court*, qu'il consiste en un simple mamelon charnu à base étroite ou à pédicule, *il est préférable de l'enlever*, ce qui met le bec-de-lièvre double dans les conditions du bec-de-lièvre unilatéral. Quelquefois le tubercule médian s'insère très-près de la pointe du nez; s'il a assez de largeur pour se prêter à une réunion avec les lambeaux latéraux, il arrive qu'après la cicatrisation, il attire en haut la lèvre supérieure et en bas le nez qui s'aplatit. Pour remédier à cette double difformité consécutive à l'opération, Dupuytren a eu l'idée de faire servir le tubercule médian à la restauration de la *sous-cloison du nez* qui manque dans ces cas.

Lorsque les *dents incisives sont déviées en avant*, on les arrache immédiatement avant la restauration de la lèvre; ou bien on cherche à les rétablir dans leur direction normale avec un fil métallique attaché aux dents voisines.

Le bec-de-lièvre double est compliqué assez souvent de *bifidité de l'os maxillaire supérieur* et de la *saillie anormale des os intermaxillaires*, obstacle à la réunion des bords avivés des scissures labiales. Pour y remédier, Desault exerçait une *compression graduelle sur le tubercule osseux* avec un bandage approprié, et ne faisait la restauration de la lèvre qu'après avoir obtenu une réduction suffisante. Gensoul *refoule brusquement les os intermaxillaires*, en se servant de fortes pinces, de façon à remettre le tubercule osseux en place; il n'obtient ce résultat qu'en *fracturant* la cloison nasale avec laquelle les os intermaxillaires se continuent. Blandin pratiqua une *excision triangulaire sur la cloison des fosses nasales*, de manière à produire un intervalle qui est comblé par le refoulement du tubercule osseux en arrière. Ces derniers procédés ont l'inconvénient de laisser au tubercule

osseux une *grande mobilité*; aussi Debrou a-t-il apporté un véritable perfectionnement, en *avivant les quatre rebords osseux correspondants*, après avoir excisé une portion de la cloison. Sur un enfant âgé de six mois, où cette opération fut exécutée, la réunion était solide au bout de cinq semaines. Le procédé de Franco, consistant à *enlever, avec une pince coupante, toute la portion du tubercule osseux qui fait saillie*, est plus expéditif, mais il a l'inconvénient de laisser un vide à la partie moyenne de la mâchoire supérieure et de sacrifier les dents incisives.

Lorsque le bec-de-lièvre double est compliqué d'un grand écartement des deux moitiés du maxillaire supérieur, on éprouve des difficultés à affronter les bords avivés de la scissure. Dans ce cas, Phillips maintient rapprochés les bords écartés de la lèvre supérieure, au moyen d'une grosse épingle qui traverse le bord postérieur des ailes du nez et qui prend son point d'appui sur deux petites plaques de liège placées sur les côtés des ailes du nez; un fil ciré est passé en huit de chiffre sur les extrémités de l'épingle, ou bien l'extrémité pointue de l'épingle est simplement renversée sur la plaque de liège.

A quelle époque de la vie faut-il opérer le bec-de-lièvre congénital?

Busch, Bonfils, P. Dubois sont partisans de l'opération faite dès les premiers jours de la naissance; Dupuytren opérait à trois mois; Roonhuysen, Muys et Heister à six, sept et même huit mois; Boyer, à l'instar de Dionis et de Garangeot, préférait attendre l'âge de trois à quatre ans. Il y a des avantages et des inconvénients à faire l'opération prématurément ou tardivement: En opérant de bonne heure, la sensibilité de l'enfant étant encore peu développée, la douleur est moindre; la restauration de la lèvre donne un résultat plus satisfaisant, parce que la disproportion entre les deux moitiés du repli est moins prononcée que plus tard; en cas de réussite, on soustrait les parents à un spectacle qui leur est pénible. Il est vrai qu'à cette période de l'existence, les pleurs incessants de l'enfant tiraillent les bords de la plaie et s'opposent souvent à une réunion primitive, mais la même objection est applicable jusqu'à l'époque déjà avancée de la vie, où l'enfant a assez de raison pour comprendre toute l'importance de l'immobilité des tissus. Une objection plus grave est que l'opération empêche l'enfant de teter, ce qui peut apporter des troubles sérieux dans l'alimentation. Mais rien n'empêche de continuer à donner le sein au petit opéré, et les mouvements de succion qu'il exécute sont bien moins préjudiciables que les cris; quant aux accidents inhérents à l'opération du bec de lièvre, ils sont très-rares. L'opération prématurée a encore un autre avantage, lorsque le bec-de-lièvre est compliqué d'une division de la voûte palatine; la disparition de la division labiale favorise le rapprochement de la scissure osseuse. Si on a égard à la statistique, celle-ci n'est pas cependant favorable à l'opération faite sur le nouveau-né: sur treize opérations de ce genre exécutées par Danyau, J. Cloquet, Gosselin, A. Richard, on compte six morts; mais il reste à savoir si cette léthalité a été observée dans la pratique civile ou hospitalière, dont les conditions sont bien différentes; si, dans ces divers cas, le bec-de-lièvre était simple ou compliqué. Cette dernière condition