

**Opérations du bec-de-lièvre profond, compliqué.** — Nous n'aurons en vue ici que le bec-de-lièvre labio-alvéolaire unique ou double. Si le bec-de-lièvre compliqué est unilatéral, les chances de restauration sont déjà moindres que précédemment : 1° parce que les deux parties de la lèvre sont situées sur des plans inégaux ; 2° parce que souvent l'os incisif, quoique soudé à celui du côté opposé, fait une saillie anormale en avant et repousse la lèvre ; 3° par suite de

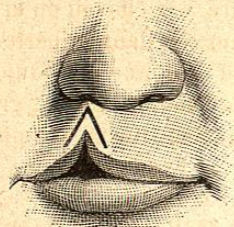


Fig. 126. — Tracé des incisions.

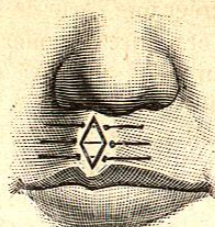


Fig. 127. — Renversement du lambeau et suture.

Procédé de NÉLATON.

l'atrophie de la lèvre. Cependant les procédés de restauration seront encore les mêmes que pour le bec-de-lièvre simple, mais il faudra redoubler de précautions, bien mobiliser la lèvre et au besoin imiter la conduite de DUPLAY, qui, dans un cas semblable, a sectionné avec un ciseau les attaches de l'os incisif à l'autre maxillaire ; il a pu ainsi faire pivoter cet os en arrière, et le suturer aux deux maxillaires après l'avoir avivé du côté du bec-de-lièvre.

Pour faciliter le rapprochement des lèvres en pareil cas, PHILIPS a conseillé d'appliquer de chaque côté du nez deux petites plaques de liège et de les embrocher, ainsi que les ailes, avec une forte épingle à tête ; la serre-fine de GUERSANT remplira le même but.

**Fissure labio-alvéolaire double.** — Ici les indications varieront selon les circonstances ; comme le fait remarquer TERRILLON, il n'existe pas un procédé qui réponde à toutes les nécessités d'une bonne réparation. Tout dépend en effet de la position qu'occupe l'os incisif, des adhérences vicieuses qu'il a contractées, de l'état de la muqueuse qui le recouvre. Aussi le chirurgien doit-il être éclectique et modifier, le cas échéant, les méthodes que nous allons brièvement énumérer, renvoyant pour tout ce qui concerne le manuel opératoire aux traités spéciaux. Les principaux procédés sont :

1° **La résection de l'os incisif ou procédé de FRANCO.** — Après avoir disséqué les parties molles, FRANCO conseillait de retrancher avec les ciseaux ou la scie le tubercule osseux incisif ; le chirurgien opère ensuite comme dans les becs-de-lièvre simples. On reproche à cette résection d'exposer à l'hémorragie, d'amener le retrait des maxillaires et d'empêcher ainsi la correspondance des arcades dentaires ; suivant LANGENBECK, elle diminue les chances de l'uranoplastie ultérieure dans les cas de bec labio-palatin en détruisant les artères palatines antérieures. Néanmoins RICHET, partisan de ce procédé, pratique l'opération de bonne heure, en deux temps, à quelques jours d'intervalle. Dans le premier temps, il résèque ou enlève l'os intermaxillaire ; afin d'éviter le sang, il se sert

d'une pince écraseur spéciale ; la restauration est pratiquée ultérieurement.

2° **Utilisation de l'os intermaxillaire qu'on fait basculer en arrière.** DESAULT espérait atteindre ce but par la compression directe ; GENSOUL, en fracturant les attaches de l'os incisif à la cloison ; le premier moyen est insuffisant, le second n'a pas eu plus de succès parce qu'il est aveugle et qu'on n'est pas maître de produire la fracture où on la désire. L'opération de BLANDIN, bien mieux réglée, consiste à créer une perte de substance triangulaire à la cloison en arrière de l'os incisif, et à faire basculer ce dernier en l'enfonçant dans la perte de substance. Bien qu'on ait avivé et suturé, ce procédé ne donne pas toujours des résultats satisfaisants ; il y a souvent beaucoup de sang. Si BROCA, grâce à la suture métallique, a obtenu la soudure de l'os incisif, ROSER n'a pu le faire rentrer dans l'alignement en raison de son volume, et ESMARCH, pour y arriver, a dû enlever les deux dents extrêmes de l'os intermaxillaire.

Plusieurs auteurs ont perfectionné le procédé de BLANDIN ; ainsi MIRAULT faisait une résection partielle du vomer en forme de rectangle en arrière de l'os incisif qu'il enfonce ensuite ; TERRILLON attaque le pédicule de l'incisif par la bouche avec une gouge et un marteau ; ROSE exécute la même opération par le haut, afin d'éviter le sang pendant ce premier temps de l'opération. On a conseillé de pratiquer préalablement le décollement du périoste de chaque côté de la cloison et de couper l'os après. BARDELEBEN emploie cette heureuse

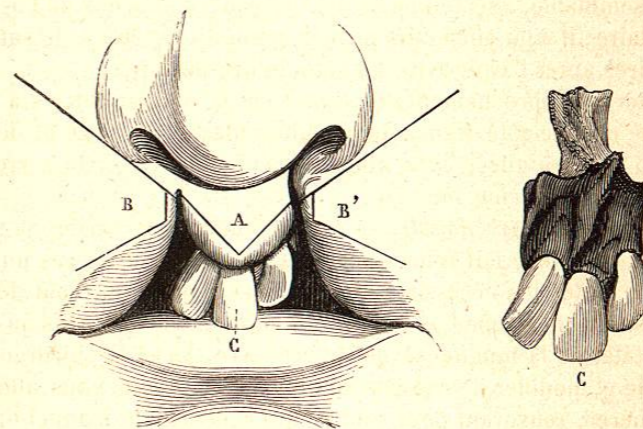


Fig. 128. — Procédé de SÉDILLOT pour bec-de-lièvre double.

modification ; après avoir sectionné la cloison, il fait glisser en arrière par pression le fragment antérieur qui vient ainsi doubler le postérieur. L'os incisif suit le mouvement et se trouve reporté en bas et en arrière. La réunion de la lèvre n'est exécutée que plusieurs mois après la mobilisation de l'os intermaxillaire.

Si les parties molles sont mal nourries ou trop atrophiées pour permettre la restauration simple, il faudra en pareil cas chercher des lambeaux sur les parties latérales, c'est-à-dire recourir à la chéiloplastie ; tels sont entre autres les procédés de SIMON, de SÉDILLOT (fig. 128).

**Accidents de l'opération.** — L'hémorragie est un des accidents les plus graves de l'intervention; elle peut inquiéter par son abondance et sa persistance. GRIVEAUD (Th. de Paris, 1876) a bien étudié les causes et les effets de cette hémorragie. Tous les temps de l'opération y exposent, mais d'après ses recherches, la gravité augmente avec les diverses manœuvres dans l'ordre suivant: avivement, décollement, hémorragie consécutive, opérations de FRANCO et BLANDIN. La mort peut en être la conséquence; elle arrive alors, soit par la pénétration du sang dans les voies aériennes, soit par l'épuisement qui résulte d'une hémorragie trop abondante et persistante. Toutes choses égales, les enfants très jeunes y sont plus exposés, parce que, aspirant continuellement le sang dans leurs mouvements de succion, ils s'éteignent parfois dans un état de calme trompeur. Il est presque superflu de dire que ces hémorragies sont justiciables des moyens ordinaires; l'application de la suture entortillée convenablement serrée ou d'un petit sachet de glace remédiera à cet accident.

L'érysipèle complique quelquefois l'opération; s'il se déclare, DE SAINT-GERMAIN recommande l'emploi répété des purgatifs. La rougeole et la scarlatine gênent également la réunion; la diphtérie constitue un accident redoutable non seulement pour le succès mais encore plus pour la vie.

Si la réunion échoue, il ne faut pas trop se désespérer, et chercher, par des bandages unissants convenables, la réunion secondaire; d'ailleurs une opération ultérieure permettra de compléter la restauration. Cette intervention en plusieurs temps a même été érigée en principe, car on a proposé, dans le but d'éviter une opération trop sérieuse pour certains enfants débiles, de faire des avivements successifs et d'appliquer chaque fois un point de suture.

## § 6. — Affections des joues

**Bibliographie.** — HASSELMANN, *Arch. de Langenbeck*, t. XX, p. 681. — *Ibid.*, t. XXII, H. 3. — *The Lancet*, 1882, t. 1<sup>er</sup>, p. 481. — *Arch. gén. de méd.*, 1879, t. III, p. 99. — *Schmid's Jahrb. Tumeurs*, t. CLXXVI, p. 231, t. CLXXXVIII, p. 174. Consultez les *Traité classiques* et les articles des *Dictionnaires*.

### 1° PLAIES. — BRULURES

Les traumatismes des joues, sans être très rares, présentent à peine quelques particularités dignes d'attirer l'attention; ce sont: 1° la facilité de leur réunion qui tient à la grande vascularité des téguments; 2° l'éventualité de cicatrices vicieuses dans le cas de plaies contuses et irrégulières; 3° la section du canal de Sténon lorsque la plaie siège un peu en arrière.

1° En raison de la disposition naturelle des parties à la cicatrisation, il est commandé de recourir dans tous les cas à la réunion immédiate; les plaies simples par armes à feu ne doivent pas faire exception à la règle.

2° Les joues constituant un voile mobile en connexion avec divers orifices, paupières, nez, bouche, toutes les cicatrices un peu étendues auront pour

conséquence des tiraillements et des déviations de ces orifices; de là des déformations de la bouche, l'ectropion, et dans tous les cas, une difformité parfois hideuse. En outre, les pertes de substance laissent des cicatrices rétractiles qui gênent le jeu de la mâchoire quand elles sont susceptibles de se combler, qui créent au contraire des orifices agrandis et anormaux lorsque la réparation est impossible. Aussi le chirurgien peut-il être amené à pratiquer des opérations autoplastiques dans le but de remédier à ces défauts.

3° Enfin la section du canal de Sténon constitue une complication assez grave parce qu'elle expose beaucoup à la fistule salivaire. En effet, si la réunion des deux bouts du canal sectionné est possible, il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle se fait exceptionnellement. Habituellement toute la plaie se cicatrise, sauf au niveau du conduit qui excrète la salive parotidienne. On a vu également la salive accumulée former en amont du conduit rétréci une tumeur salivaire qui croît au moment des repas, et qui se vide ensuite peu à peu. Ce serait, d'après PERCY, une sorte de sac intermédiaire aux deux portions du canal. Si l'oblitération du conduit survenait, comme dans un cas de BOREL, on observerait alors les phénomènes de rétention, ultérieurement la sclérose décrite par VAILLARD et ARNOZAN.

Le précepte de la réunion immédiate ne doit pas être modifié par suite de la blessure du canal de Sténon, mais si cette tentative échoue, on emploiera l'un des procédés que nous décrirons à propos des fistules salivaires. Malgré leur simplicité ordinaire, les plaies des joues exposent à quelques accidents; nous avons vu un coup de feu déterminer la suppuration de la boule de BICHAT l'érysipèle n'y est également pas très rare.

### 2° TUMEURS DES JOUES

Aux joues comme aux lèvres on rencontre nombre de tumeurs, les unes exceptionnelles, les autres relativement plus fréquentes; parmi ces dernières nous signalerons spécialement les épithéliomas.

Le lipome y a été observé quelquefois (GOUZAND); il est sous-cutané ou sous-muqueux, et peut être assez mou pour faire croire à un kyste. On compte une dizaine de cas de kystes séreux des joues; ils ont été réunis par GUTERBOCK (*Arch. de Langenbeck*, t. XV, p. 484). D'après Ranke, cette région serait quelquefois le siège de tumeurs lymphatiques qui forment des kystes unis ou multiloculaires dont la paroi interne est tapissée d'un épithélium. ESMARCH a enlevé un cysto-sarcome de la joue; PÉAN, des sarcomes vrais fasciculés.

Les kystes sébacés des joues ne sont pas très rares; lents à se développer, ils acquièrent les dimensions d'une noix, proéminent, deviennent très adhérents à la peau; aussi faut-il les enlever de bonne heure pour éviter leur inflammation et la formation d'une cicatrice déprimée, difforme.

Les angiomes, considérés comme peu communs par les auteurs, se rencontrent assez souvent aux joues. En dehors du cas classique de LENOIR, on en trouve plusieurs exemples dans les publications étrangères, entre autres ceux de GAY, CARPENTER (*The Lancet*, 1881 et 1882). Les uns prennent naissance

dans la région, d'autres résultent de la propagation d'une tumeur érectile labiale à la région génienne; seuls les premiers sont opérables. Les variétés de carcinomes que l'on rencontre aux joues sont :

1° L'adénome sudoripare, affection spéciale aux vieillards; elle présente des



Fig. 129. — Épithélioma de la joue.

foyers multiples superficiels au début et curables. Les taches congénitales, les nævi pilosi fréquents dans la région sont habituellement leur point de départ.

2° L'épithélioma ou cancroïde de la joue, ordinairement superficiel, plus rarement térébrant, offre une surface à la fois végétante et ulcéreuse. Tantôt

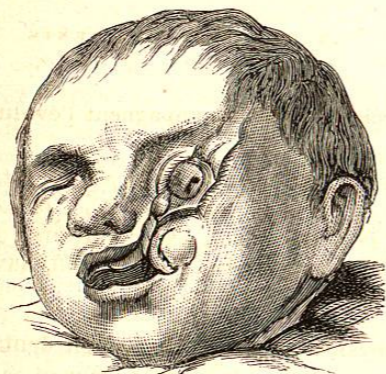


Fig. 130. — Fente congénitale génienne. (D'après HASSELMANN.)

il succède à la variété précédente; tantôt il naît spontanément, et l'ulcération circulaire qu'il forme s'étend peu à peu à toute la joue sous la forme d'une plaque saillante, sanieuse, recouverte de croûtes adhérentes, de bourgeons charnus facilement saignants. D'ailleurs ses symptômes, sa marche, n'offrent rien de particulier; c'est une affection rebelle qui récidive presque toujours.

Quand le cancroïde est très étendu en surface, l'extirpation devient difficile parce qu'on a de la peine à restaurer les joues en raison de la trop grande perte de substance; aussi est-il indiqué de revenir à des applications successives de pâte de Canquoin; on obtient ainsi une amélioration momentanée, sans être en droit d'espérer une guérison radicale.

Lorsque l'épithélioma débute par la face interne des joues, il est beaucoup plus grave, car il se propage plus promptement aux parties voisines et aux ganglions.

*Vices de conformation.* — La plupart sont des becs-de-lièvre compliqués avec division de la joue et des paupières. La figure 130 en donne une idée (voy. *Bec-de-lièvre*).

## CHAPITRE II

### MALADIES DES DENTS, DES GENCIVES ET DES MAXILLAIRES

**Bibliographie générale.** — JOURDAIN, *Traité des maladies et opér. chir. de la bouche*, 1778. — FAUCHARD, *Le Chirurgien dentiste*, 1786. — GARIOT, 1805. — BOYER, 1818. — FOX, 1821. — LEMAIRE, 1824. — DESIRABODE, 1846. — OUDET, 1862. — WELD, *Pathologie der Zähne*, Leipzig, 1870. — TOMES, Trad. franç., 1873. — HARRIS et AUSTEN, Traduct. ANDRIEU, 1874. — COLEMAN, 1881. — BAUME, Leipzig, 1882. — TAFT, Philadelphia, 1883.

Consulter en outre les divers articles : DENTS, CARIE DENTAIRE, MAXILLAIRES, MÂCHOIRES des deux dictionnaires (Bibliogr.)

#### 1° MALADIES DES DENTS

##### § 1er. — Accidents qui accompagnent l'évolution dentaire

**Bibliographie.** — TOIRAC, *Accidents provoqués par l'érupt. de la dent de sagesse*, in *Revue médic.*, 1828. — TROUSSEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1848. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1873, t. XX, et *Progrès médical*, 1878. — MAGITOT, *Arch. gén. de méd.*, 1881. Thèses de Paris. — 1873, CHEVASSU, MORCETTE. — 1876, ARNULPHY. — 1878, HEYDENREICH (Agrégat.) — COMOY. — 1881, LEVÈQUE.

Les phénomènes physiologiques de l'évolution dentaire se divisent en cinq périodes bien distinctes, pendant lesquelles peuvent se produire quelques accidents locaux ou généraux.

**1<sup>re</sup> Période.** — *Première dentition des auteurs. Éruption des vingt dents temporaires, du sixième au trente-deuxième mois. Phénomènes morbides concomitants.* Le public et la plupart des médecins tombent certainement dans l'exagération, lorsqu'à propos du moindre trouble survenu dans la santé d'un enfant, ils font intervenir l'évolution dentaire; mais MAGITOT et LEVÈQUE nous semblent avoir des idées tout aussi erronées, lorsqu'ils affirment que la théorie