

Fig. 45. — B. Procédé de Malgaigne. — C. Procédé de Nélaton. — D. Procédé de Mirault. — E. Procédé de Giraldès.

Le meilleur procédé est celui découvert presque simultanément par Mirault et par Bruns, et connu à tort sous le nom de *procédé de v. Langenbeck*. Bruns a été conduit à ce procédé par les effets du hasard. Il voulait tailler les deux lambeaux de Malgaigne, mais il en fit un trop court. Il l'enleva complètement et fit l'incision présentée sur la figure 45 D. Le lambeau fut ensuite obliquement appliqué contre l'autre moitié de la lèvre et on obtint ainsi une cicatrice coudée et par conséquent suffisamment longue. Ce procédé peut être employé dans tous les cas de bec-de-lièvre simple, latéral¹. Giraldès a modifié d'une façon très originale le procédé de Malgaigne (fig. 45 E). La base du lambeau gauche se trouve en bas, celle du lambeau droit en haut; le lambeau gauche rabattu en bas forme le rouge des lèvres; le lambeau droit rabattu en haut limite la lèvre vers la narine. C'est un peu compliqué! Dernièrement, J. Wolff a utilisé pour l'opération du bec-de-lièvre simple le principe de Langenbeck-Sédillot relatif à l'extensibilité de la muqueuse de la face inférieure de la lèvre. Comme le rouge des lèvres possède une extensibilité très marquée, on peut le

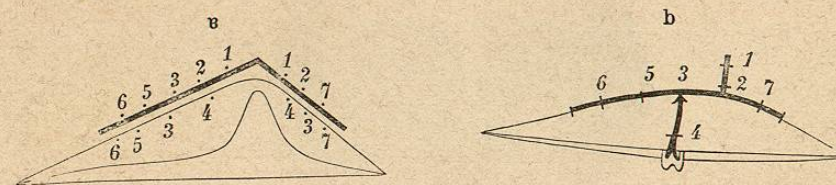


Fig. 46.

disséquer jusqu'à la commissure labiale, le mobiliser et le modeler ensuite comme dans les figures 46 a et 46 b.

RÈGLES DE L'OPÉRATION. — Quel que soit le procédé qu'on adopte, il faut observer certaines règles. L'enfant est enveloppé dans un drap afin qu'il ne remue pas les jambes et les bras. Un aide, assis en face de la lumière, tient l'enfant droit et fixe les pieds entre ses cuisses². Un autre aide, placé derrière le premier, fixe la tête de l'enfant en comprimant en même temps les artères maxillaires externes. Il est encore

servé aux cas à écartement notable où il faut de l'étoffe, c'est-à-dire deux lambeaux, pour combler la fissure tout en évitant l'encoche secondaire. (A. B.)

(1) Ainsi, dans le procédé de Mirault, on taille au bord externe le lambeau de Malgaigne et on avive le côté interne selon le procédé ancien, en ayant soin toutefois de comprendre l'angle arrondi dans l'avivement. Mais il est mieux encore, pour réduire au minimum la perte de substance, de faire sur le bord interne un simple *avivement épidermique*, en enlevant avec de petits ciseaux courbes (ciseaux à yeux) la couche superficielle de la muqueuse, juste assez pour avoir partout une surface cruentée. (A. B.)

(2) Je trouve plus commode d'opérer l'enfant couché sur le bord du lit. (A. B.)

avantageux de comprimer chaque moitié de la lèvre avec une pince dont les mors sont enveloppés dans des bandelettes agglutinatives¹. On prépare d'avance un certain nombre de tampons montés sur des pinces et servant à essuyer le sang qui s'accumule dans la bouche et la gorge de l'enfant. Pour l'opération, on se sert soit de ciseaux bien tranchants, soit d'un bistouri ; dans ce dernier cas, on pousse sous la lèvre une petite planchette en bois². Quand, après l'avivement, les lambeaux se correspondent exactement, on fait la première suture sur la limite du rouge des lèvres et de la peau³. Je fais presque toujours des sutures boutonnées. Comme je l'ai déjà dit à l'occasion des plaies de la face, la première suture doit pénétrer profondément, jusqu'à la mu-



Fig. 47. — Bec-de-lièvre bilatéral.

(1) Ou mieux, entour d'un drain de caoutchouc, facile à avoir aseptique (A. B.)

(2) L'avivement au bistouri, pour tailler le lambeau ou les lambeaux par transfixion, de la base à la pointe, est le plus commode et le plus rapide. On n'a pas besoin de protéger la gencive avec une planchette. (A. B.)

(3) Dans le procédé de Mirault, pour bien assurer la régularité des parties, c'est dans l'angle formé par la lèvre et la base du lambeau qu'on mettra le premier point. Le matériel de suture le plus commode est le crin de Florence. Le pansement consiste à mettre sur la lèvre une bandelette de gaze antiseptique (2 ou 3 épaisseurs), que l'on recouvre de collodion iodoformé ou salolé. Les fils sont retirés en partie au 4^e jour et en partie au 8^e. (A. B.)

queuse, afin de comprendre la coronaire ; de plus la distance du bord de l'incision à laquelle on enfonce l'aiguille doit être égale à l'épaisseur de la lèvre. Quant aux autres points relatifs aux sutures des plaies de la face, nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit plus haut à ce sujet.

Le bec-de-lièvre *double* (fig. 47) peut aussi être opéré en une seule séance. On peut faire une incision en V au tubercule médian, une incision rectiligne aux bords de la fente de sorte que la cicatrice prend la forme d'un Y. Mais dans ce cas il est préférable de tailler les deux lambeaux de Malgaigne¹, ce qui permet de former un tubercule médian très beau. Ou bien, l'opération est faite en deux temps : on fait l'opération d'abord d'un seul côté et on transforme ainsi le bec-de-lièvre double en simple, et au bout de trois mois on restaure l'autre côté.

Si le tubercule médian manque complètement, si la fente est par

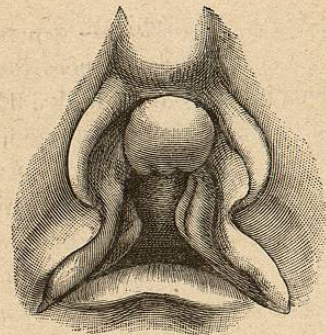


Fig. 48. — Bec-de-lièvre bilatéral.

conséquent très large, les bords avivés ne pourront plus être ramenés au contact, ou bien la tension sera si forte que les sutures couperont les tissus. Dans ces cas, on peut employer le procédé de Simon. Une incision contournant les narines suit la limite supérieure de la lèvre jusqu'à la fente. La lèvre est ensuite mobilisée par en haut à son insertion dans le vestibule buccal, ce qui permet d'amener au contact, sans difficulté, les bords avivés de la fente.

Reste la question de *l'époque à laquelle il faut opérer*. L'opération

(1) Ces deux lambeaux sont suturés sur la ligne médiane l'un à l'autre par leur pointe et on entoure ainsi tout le tubercule médian avivé. C'est surtout ici, vu l'atrophie fréquente de ce tubercule cutané, qu'il y a intérêt à faire l'avivement épidermique. Quand le tubercule osseux est appendu au bout du nez et doit être refoulé, il faut libérer la face profonde du tubercule charnu, qui servira à reconstituer la sous-cloison (Dupuytren), tandis que les deux bords externes sont suturés sur la ligne médiane. (A. B.)

réussit même chez les nouveau-nés, et O. Weber a renversé les termes du problème en demandant quelle est l'époque à laquelle il ne faut pas opérer. D'une façon générale, il ne faut pas opérer les enfants immédiatement après leur naissance, et il faut attendre que l'ictère des nouveau-nés passe d'abord. On ne doit pas opérer les enfants faibles et on attendra que leur nutrition se relève suffisamment de façon à leur permettre de supporter sans inconvénient les pertes de sang inévitables avec cette opération¹. On n'opérera les enfants qu'en état de santé parfaite et on les examinera attentivement pour voir s'ils n'ont pas de catarrhe intestinal ou s'ils ne se trouvent pas à l'époque de la première dentition. On ne touchera pas aux hydrocéphales ; chez eux, quand même l'hydrocéphalie était à peine accusée, on a vu la mort survenir très rapidement après l'opération. Enfin il est préférable d'opérer les enfants sevrés qu'on peut nourrir facilement après l'opération².

Opération du bec-de-lièvre compliqué. — Après ce que nous venons de dire, il sera facile de comprendre l'opération du bec-de-lièvre compliqué. Comme on peut le voir sur la figure 50, qui se rapporte à un cas de bec-de-lièvre double compliqué d'une fissure de la voûte palatine, la partie moyenne de la lèvre, fixée sur l'os inter-maxillaire ne se trouve pas au même niveau que les parties latérales. La proéminence de l'os incisif est dans certains cas très accusée ; en outre, à la suite d'un développement anormal des germes dentaires, dont quelques uns manquent ordinairement³, les couronnes se trouvent quelquefois tournées directement en avant et on n'en trouve que deux ou

(1) A cet égard, on tiendra compte de la largeur de la fente et de l'étendue où l'on jugera nécessaire les décollements profonds vers la joue pour mobiliser la lèvre. On peut, il est vrai, faire ces décollements au galvano-cautère ou au thermo-cautère, sans perdre de sang. Il faut savoir aussi que les opérations pour le bec-de-lièvre complexe, dont il va être question, donnent toujours une quantité notable de sang. (A. B.)

(2) En général, vers 3 à 4 mois, on est dans d'excellentes conditions. (A. B.)

(3) La diminution du nombre des dents est au contraire exceptionnelle et son augmentation est la règle. La fissure, je l'ai dit plus haut (voy. p. 263) passe en les deux incisives, la précanine et la médiane. Le tubercule médian devrait donc, si les dents étaient de nombre normal, contenir deux incisives. Or la plupart du temps il en contient quatre, les deux latérales supplémentaires étant souvent dirigées d'avant en arrière, collées de champ contre la face correspondante du tubercule osseux. Dans le bec de lièvre, même simple, il est fréquent, la règle peut-être, qu'il y ait six incisives. On comprend ainsi l'élargissement du tubercule osseux et la nécessité fréquente de le réséquer de chaque côté pour pouvoir le refouler contre les arcades dentaires postérieures. (A. B.)

trois dans le tubercule osseux. On comprend dès lors que l'os inter-maxillaire forme un obstacle insurmontable à la réunion des deux moitiés de la lèvre. Les anciens chirurgiens¹ procédaient très énergiquement dans ces cas et enlevaient tout simplement l'os inter-maxillaire. J'ai eu encore l'occasion de voir les résultats de cette opération sur une femme de 40 ans, opérée pendant son enfance. La difformité qui était résultée de cette opération était considérable. Le squelette de la mâchoire supérieure étant rétréci dans son diamètre transversal, l'arcade dentaire du maxillaire inférieur décrivait un cercle concentrique bien plus large que celle du maxillaire supérieur ; la lèvre supérieure, fortement rétractée, était recouverte par la lèvre inférieure proéminente, ce qui donnait à la bouche une expression vieillotte². La mastication était très difficile et la malade en souffrait beaucoup. Aussi, pour éviter cette malformation, Desault conseillait-il de repousser lentement en arrière l'os inter-maxillaire avec des bandages

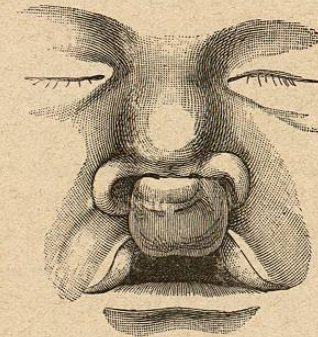


Fig. 49. — Bec-de-lièvre double complexe.

compressifs appropriés. Sans parler de ce que ce procédé exige de temps et de patience, il faut savoir qu'il n'est applicable que dans les cas où cette proéminence est peu marquée.

(1) La première mention sur le bec-de-lièvre double se trouve chez Pierre Franco qui le désigne sous le nom de « dents de lièvre ». Il consacre à cette question deux chapitres. « Au-devant de la mâchoire, à la place des dents incisives, on trouve tantôt une seule, tantôt plusieurs dents qui sortent de la bouche... La mâchoire est fendue de deux côtés et se trouve au-devant du palais qui présente également deux fissures. Pour remédier à cette difformité, nous procédons comme dans le bec-de-lièvre. Si les dents et la partie du maxillaire qui les supporte se trouvent au dehors sans être recouvertes par des parties molles, il n'y a aucun danger à enlever cette partie inutile avec une pince coupante ou une scie ou un autre instrument quelconque ».

(2) Voici ce que dit Gœthe : « On comprend comment on peut, dans l'opération du bec-de-lièvre, extirper l'os inter-maxillaire, sans léser ni broyer le maxillaire supérieur. La connaissance exacte de la nature peut servir en pratique ».

Gensoul a proposé de fracturer le vomer et de repousser ensuite l'os inter-maxillaire dans la position normale, et Butcher a même construit une pince spéciale pour cette opération. Seulement, je crois inutile d'insister sur ce qu'on aurait obtenu par ce procédé. Blandin est le seul qui ait proposé un procédé vraiment pratique.

L'opération de Blandin consiste à réséquer dans le vomer un triangle à base correspondant au bord libre de l'os et à sommet tourné vers l'ethmoïde. La longueur de la base doit être égale à la distance à laquelle proémine l'os inter-maxillaire. La résection une fois faite, on peut repousser l'os inter-maxillaire en fracturant le pont osseux qui reste sur le vomer. Il est très important de laisser au-devant du triangle osseux qu'on enlève une petite portion de vomer, car autrement l'os inter-maxillaire remis en place resterait très mobile. Le seul inconvénient grave de cette méthode est l'hémorragie inévitable par l'artère naso-palatine, hémorragie fort difficile à arrêter. Bruns a démontré qu'un tiers des enfants opérés d'après ce procédé succombent de ce chef.

Une modification très simple introduite dans ce procédé par Mirault et Delore, qui ont simplement préconisé la résection sous-périostique du triangle de Blandin, met à l'abri de cette hémorragie. On fait une incision le long du bord inférieur libre du vomer et avec une rugine on décolle le revêtement fibro-muqueux sur les deux faces du vomer jusqu'à ce qu'on puisse avec de forts ciseaux enlever, sous le périoste, le triangle de Blandin. L'hémorragie par l'incision est insignifiante, et l'os inter-maxillaire peut être remis en place¹.

Le procédé de Bardeleben est basé sur le même principe. La dénudation du vomer est faite comme dans le procédé précédent; seulement au lieu de réséquer un triangle, on divise verticalement le vomer, de sorte que la partie située en avant de l'incision peut être repoussée contre une face latérale de la partie située derrière l'incision.

L'opération terminée, il s'agit maintenant de voir si la partie muco-cutanée de la cloison du nez est suffisamment développée ou non. Si tel est le cas, on peut opérer dans la même séance le bec-de-lièvre double. Dans le cas contraire il vaut mieux attendre, suivant le conseil de v. Du mreicher, deux ou trois semaines, en fixant solidement avec un bandage l'os inter-maxillaire réduit, car souvent on voit peu à peu se développer une très belle cloison à la place du simple pli qui existait auparavant. Dans un cas sur les quatre ou les cinq que j'ai opérés, le

(1) Avant de refouler le tubercule osseux, il est bon de faire sur les deux lèvres de la fissure un avivement osseux (souvent d'ailleurs indispensable sur le tubercule osseux pour le rétrécir) suivi de la suture osseuse, pratiquée par Paul Broca dans ces cas en 1868. (A. B.)

résultat fut surprenant : la bouche vraiment hideuse du malade prit un aspect gracieux après la restauration du tubercule charnu de la lèvre supérieure à l'aide des deux lambeaux de Malgaigne. Certes, les résultats brillants qu'on obtient avec la chirurgie autoplastique ne font pas encore ressembler ces malades aux anges de la madone de Raphaël ; mais n'est-il pas déjà assez beau de pouvoir remédier dans la mesure du possible aux difformités hideuses dont sont affectés ces malades ? Quel sort plus immérité que celui d'un enfant venant au monde avec un bec-de-lièvre et une gueule-de-loup ? L'exemple de ces malheureux enfants, ordinairement gais, bien portants et intelligents, montre que le sort de l'homme se décide déjà à sa naissance, aussi avons-nous le devoir de corriger les effets de la nature par un traitement approprié. Un débutant ne doit pas essayer ses connaissances sur un bec-de-lièvre ! Et pourtant on voit certains becs-de-lièvre mal opérés s'arranger avec le temps, comme si la nature elle-même voulait corriger ce qu'elle avait fait.

La narine et l'orifice du nez où se trouve le bec-de-lièvre sont ordinairement élargis, dilatés, et la chirurgie devrait essayer de faire disparaître cette difformité. On se contente de détacher par la voie buccale les insertions de la narine sur le maxillaire et de rapporter, par des sutures, la narine mobilisée un peu plus près vers la ligne médiane. Mais les résultats de cette opération ne sont guère brillants¹.

§ 3. — *Divisions du palais.*

Les formes de fissures de la voûte palatine sont très variées et s'observent ordinairement à titre de complication dans le bec-de-lièvre. On distingue la fissure complète, l'*uranoschisme*, et la fissure partielle ou l'*uranocoloboma*. Les colobomas peuvent être antérieur ou postérieur. Le coloboma antérieur est produit par l'absence de soudure entre un maxillaire et l'os inter-maxillaire². Dans ces cas, la fente qui divise la lèvre s'étend sur la voûte palatine, où elle présente une direction oblique vers la ligne médiane. Si la fissure est double, l'os inter-maxillaire se trouve séparé de chaque côté et presque toujours il existe en même temps un bec-de-lièvre double. Le coloboma posté-

(1) On peut remédier dans une large mesure à cet épatement du nez si après mobilisation dans la profondeur de la joue on pince les narines soit avec la serre-fine de Guersant, soit sur une épingle longue ou simplement sur un gros fil d'argent qui les embroche. (A. B.)

(2) C'est ce que, dans notre nomenclature, on appelle *bec-de-lièvre complexe labio-alvéolaire*. (A. B.)