

cutané (Voy. plus loin, les procédés propres au bec-de-lièvre double compliqué, p. 733).

Pour soutenir les sutures et prévenir la désunion après l'ablation des fils, ou simplement diminuer la tension, Guersant a imaginé jadis une serre-fine à pointes qu'il fichait latéralement dans les narines (fig. 173). Les aiguilles de Philips et de Thierry, qui traversent les narines de

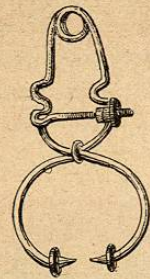


Fig. 173. — Serre-fine de Guersant.

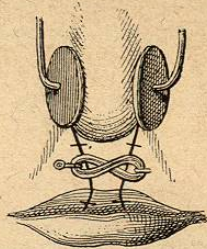


Fig. 174. — Aiguille de Philips.

part en part au voisinage de leur base, leur sont certainement préférables. Deux petites plaques de plomb percées d'un trou sont maintenues de chaque côté du nez par les extrémités de l'aiguille coupées à la cisaille et courbées en avant. On retire celle-ci lorsque la cicatrisation est bien assurée. Lister, Trélat et d'autres chirurgiens ont remplacé l'aiguille par un gros fil d'argent. L'emploi de ce petit moyen a de réels avantages, surtout dans les cas compliqués de fissure osseuse, dont il sera question plus loin.

c. Bec-de-lièvre unilatéral compliqué de fissure osseuse avec saillie et torsion de l'os incisif. — Lorsque la fissure osseuse est incomplète et que le relief de l'intermaxillaire par rapport au maxillaire est très peu accentué, il n'y a pas lieu de rechercher le nivellement absolu des surfaces; mais, à un degré plus avancé, cette malformation doit être corrigée, afin que le rapprochement des parties molles puisse être effectué. Je ne connais qu'un procédé convenable pour obtenir ce résultat, c'est celui de Duplay (1). Voici en quoi il consiste: on incise verticalement la muqueuse de la face antérieure du maxillaire supérieur entre la deuxième incisive et la canine du côté opposé à la fissure (2). Dans cette incision on place de champ la lame d'un petit ciseau à froid dont on incline le manche à 45 degrés en dehors. Deux ou trois coups de maillet font pénétrer la lame obliquement en dedans vers la fissure (fig. 175). Il importe que la muqueuse palatine soit ménagée en arrière de l'arcade dentaire et que la section soit tout entière sous-périostée. Cette première section resterait sans efficacité si l'on n'y ajoutait une section horizontale de l'épine nasale

(1) DUPLAY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 3^e série, 1873, t. II, p. 573.

(2) J'ai fait, en 1895, une communication à l'Académie de médecine sur le procédé, après l'avoir employé (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXIII, p. 384).

antérieure et du vomer, section qu'on peut pratiquer sous la fibromuqueuse nasale. Il faut pour cela débrider la lèvre sous la cloison des narines, inciser celle-ci verticalement en face de l'épine nasale, décoller la muqueuse de chaque côté de la cloison avec une petite

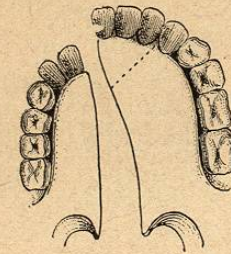


Fig. 175. — Ostéotomie du palais. Le pointillé indique la direction de la section.

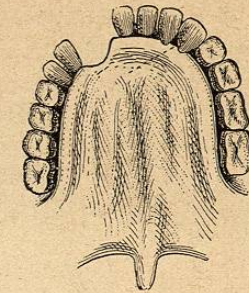


Fig. 176. — Ostéotomie du palais dans le cas où la voûte palatine osseuse est intacte.

rugine droite, enfin sectionner l'épine nasale antérieure et le vomer avec le petit ciseau placé horizontalement.

La combinaison de ces deux sections, réglée comme je viens de l'indiquer, assure seule la mobilisation de l'intermaxillaire sans en compromettre la vitalité. Lorsque la fissure de l'arcade alvéolaire se prolonge sur le palais en une division complète (fig. 175), on comprend que le refoulement de l'os mobilisé nivelle d'une façon parfaite la rangée dentaire (fig. 177); mais quand cette fissure s'arrête à une courte distance de l'arcade alvéolaire, et surtout lorsqu'elle est masquée par un pont muqueux, la difficulté est plus grande et *a priori* insoluble (fig. 176). Cependant mon expérience personnelle me permet d'affirmer que, même en pareil cas, un succès complet peut être obtenu. Chez une jeune fille de dix-huit ans, que j'ai opérée il y a plus d'un an, l'intermaxillaire, qui faisait une saillie très disgracieuse, a pu être réduit d'une façon absolument parfaite. Chez un petit garçon de dix-huit mois, dont le maxillaire supérieur du côté de la fissure était assez atrophié et fortement en retrait, le résultat a très faiblement laissé à



Fig. 177. — État de l'opéré de la fig. 146 après l'ostéotomie du maxillaire supérieur et de la cloison (Cas personnel).

désirer. Le petit ressaut qui persiste au niveau de la fissure est insignifiant, et, ce qui est très important, les incisives sont rangées suivant une courbe tout à fait régulière.

Lorsqu'on agit sur un palais intact, sauf une division incomplète du bord alvéolaire, je suppose qu'il se fait un chevauchement des deux bords de la section osseuse, sous les muqueuses nasale et buccale un peu décollées, et que ce chevauchement permet au fragment détaché de se loger dans un espace triangulaire plus court en réalité que lui-même. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'ostéotomie du palais et de la cloison remédie fort bien à la saillie avec torsion de l'intermaxillaire, dans les cas de fissure seulement rétro-alvéolaire aussi bien que de division palatine complète.

Une fois l'os intermaxillaire remis en place, il s'agit de le fixer. A la rigueur, un ou deux points de suture au fil d'argent, après avivement

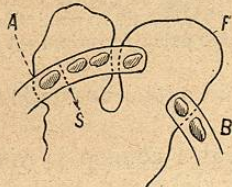


Fig. 178. — Passage des fils avant l'ostéotomie et la suture. — A et B, fils traversant les maxillaires supérieurs entre la canine et l'incisive d'un côté, l'incisive et la première petite molaire de l'autre. — F, fil d'argent dont l'anse sera sectionnée ultérieurement. — S, point où la section du maxillaire sera faite.

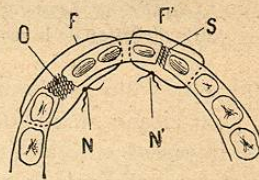


Fig. 179. — FF', les deux anses de fil d'argent résultant de la section de l'anse. — O, point où l'ostéotomie a été faite. — S, point où les bords de la fissure sont rapprochés après avivement. — NN', les deux nœuds placés du côté de la bouche (Le Dentu).

des bords correspondants de la fissure, peuvent suffire ; mais je crois qu'on peut mieux faire encore, au moyen d'une suture métallique spéciale qui fixe, non seulement les bords de la fissure, mais aussi ceux de la section palatine. Si l'on veut réunir les parties molles dans la même séance, la suture osseuse doit être placée d'une certaine façon, pour qu'on puisse se retirer les fils par la bouche.

Je commence l'opération par l'avivement des bords de la fissure sur une longueur d'un à deux centimètres ; alors, avec un drill muni d'une mèche assez forte, je perfore l'os intermaxillaire à bonne distance de la fissure. Par le trou de la mèche j'attire en haut le bout d'un solide cordonnet de soie ; j'attache alors le bout supérieur de ce fil au milieu d'une anse de gros fil d'argent. Le fil de soie me permet d'attirer *vers la bouche* le milieu du fil d'argent plié en deux. Je perfore alors encore *de haut en bas* le maxillaire du côté de la fissure, ainsi que l'autre maxillaire dans un point qui restera en dehors de la section palatine. Par chacune de ces perforations, j'amène *en haut* le bout d'un fil de soie ; ces deux bouts de fil de soie servent à attirer *en bas* les extrémités du fil d'argent pliées en boucle (fig. 178).

Alors seulement je pratique les ostéotomies et je fais le refoulement. Je coupe l'anse de fil d'argent *du côté de la bouche* et je tords ensemble les deux bouts qui se correspondent à droite et à gauche. De cette façon, l'os intermaxillaire refoulé se trouve solidement fixé par deux anses de fil d'argent dont les nœuds sont facilement visibles derrière l'arcade dentaire (fig. 179). Au bout de vingt jours, je coupe *du côté de la bouche* les deux anses de fil et je les attire au dehors par une traction énergique.

On peut dans la même séance faire le refoulement par le procédé que je viens de décrire, et l'opération du bec-de-lièvre. Si l'étoffe est suffisante, les procédés de Malgaigne ou de Mirault redeviennent aussi simples que s'il n'existait pas une fissure osseuse (fig. 180). Si au contraire



Fig. 180. — Résultat du procédé de Malgaigne sur le sujet des fig. 146 et 177. (Cas personnel).

une atrophie marquée des parties molles rend ces opérations impraticables dans toute leur pureté, il faut avoir recours à de véritables chéiloplasties pour fermer la brèche. Les figures ci-jointes (p. 733) montreront les ressources que l'autoplastie tient à la disposition du chirurgien (fig. 181 et 182 du tableau).

d. Bec-de-lièvre bilatéral avec fissure osseuse. — Il existe toujours en pareil cas un relief plus ou moins accusé de l'os intermaxillaire tout entier. Si ce relief ne s'oppose pas à la reconstitution de la lèvre, on peut le laisser persister tel quel ; sinon on est obligé d'en réduire le volume, de le refouler ou de le supprimer tout à fait. Sa *suppression complète* a été jadis conseillée par Franco. La section du pédicule, après détachement du petit lobule médian cutané, se fait au moyen d'une pince triquoise. Parfois (on en verra plus loin la raison), ce sacrifice est nécessaire ; mais, autant que possible, il faut se contenter d'en réduire le volume par la *résection sous-périostée*. Ce procédé paraît appartenir sans conteste à Mirault (1). Lorsqu'on juge que cet évidement sera insuffisant pour empêcher le relief exagéré du tubercule ostéo-cartilagineux ou osseux, il faut déplacer ce dernier en masse, de manière à ce qu'il remplisse l'intervalle des deux maxillaires.

(1) MIRAUULT, *Gaz. hebdomadaire*, n° 38, 1868, p. 603.

Le refoulement brutal de Gensoul, qui fracture la cloison, expose au danger de fêlure de la base du crâne, sans compter qu'on n'arrive pas toujours à produire la fracture. La seule méthode acceptable est celle de la section extemporanée ou lente de la cloison en arrière du tubercule. Blandin faisait une section en V renversé avec des ciseaux. Redoutant l'hémorragie, Richet recommanda l'emploi d'une sorte de pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren, qui divisait par mortification. J'ai appliqué une fois un instrument inspiré de celui de Richet, mais composé de deux plaques triangulaires très allongées verticalement, à base inférieure, propres à produire par pression une brèche plus large. Le gros inconvénient de cette méthode est de créer à l'entrée du tube digestif un foyer d'infection redoutable pour de jeunes enfants. Je crois donc qu'il vaut mieux sectionner avec de forts ciseaux ordinaires ou avec de petites cisailles, en s'arrangeant pour arrêter immédiatement l'écoulement de sang, parfois assez fort, par l'emploi de l'antipyrine en solution saturée, par une compression suffisamment soutenue ou au moyen du thermocautère.

Après que le lobule osseux a été mobilisé et refoulé, il faut le fixer par une suture métallique aux deux maxillaires. Déjà, en 1844, Debrou avait fait l'avivement des bords correspondants du lobule et des maxillaires, dans l'espoir qu'une soudure spontanée s'opérerait entre eux; mais Paul Broca a le premier ajouté à l'avivement la suture de ces bords avec des fils d'argent (1). Malheureusement il arrive souvent que, malgré toutes les précautions, la suture manque et que le lobule reste mobile. Il se peut qu'on soit forcé plus tard de le sacrifier, parce qu'il est devenu gênant pour l'uranoplastie. En attendant, il y a toujours avantage à le garder, car il offre un soutien à la lèvre restaurée, il s'oppose au rapprochement exagéré des deux maxillaires supérieurs, il empêche le développement et la proéminence exagérée du nez, que Lannelongue a observés sur un sujet à qui Nélaton père avait fait, quelques années auparavant, l'opération de Franco.

Il faut aussi connaître les inconvénients que peut avoir la conservation de ce lobule resté mobile. En s'opposant au rapprochement des deux maxillaires, il gêne la reconstitution spontanée du bord alvéolaire par le rapprochement et la soudure des deux maxillaires, qui ne sont pas un leurre, après la suppression totale de l'intermaxillaire, et qui offrent un avantage considérable au point de vue d'une uranoplastie ultérieure. Je suis donc d'avis que tout lobule osseux resté mobile doit être de nouveau suturé aux maxillaires, après quelques mois d'attente, et sacrifié définitivement si cette seconde opération n'a pas réussi.

Le sujet représenté dans les figures 184 et 185 est un exemple de

(1) P. BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, 1868, t. IX, p. 14, et ALPH. GUÉRIN, *Ibid.*, 1869, t. X, p. 151.

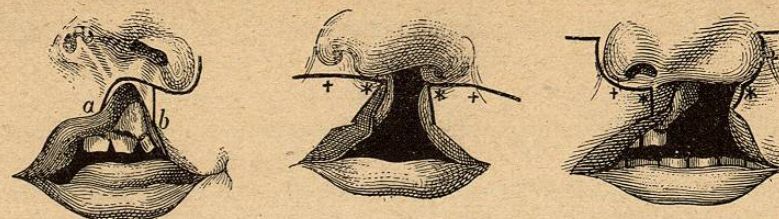


Fig. 181. — Procédés divers pour les cas où les parties molles sont insuffisantes (D'après l'Atlas de Bruns).

Le point *a* sera réuni au point *b*. Le bord muqueux de la lèvre du côté droit sera rabattu à gauche.

Au moment de la suture, les points désignés par une croix et une étoile s'opposeront les uns aux autres, et les incisions intermédiaires formeront une ligne de réunion verticale. Les deux lambeaux rabattus constitueront le bord muqueux de la lèvre.

Incisions de Dieffenbach. — Les points désignés par une croix et une étoile se correspondront dans la ligne verticale de réunion; ces derniers occuperont à peu près le milieu de la hauteur de la lèvre.

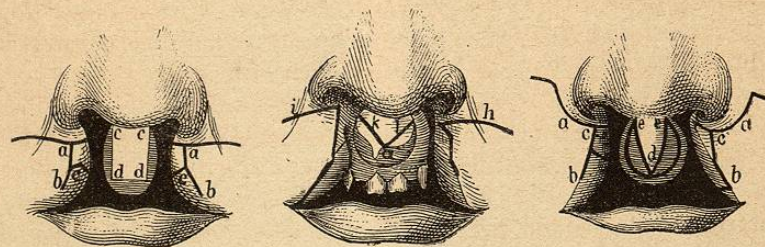


Fig. 182. — D'après l'Atlas de Bruns.

Procédé de Simon. — La ligne *ab* doit être réunie de chaque côté avec la ligne *cd*. Les petits lambeaux *e*, formés de peau et de muqueuse, se rejoindront par en bas au-dessous du bord *dd*.

Les points *b* et *e* se rencontreront au milieu en *d*. Les lignes *ib* et *lh* seront suturées avec les bords *k* et *l* du lobule médian.

Procédé de Simon. — Les points *c* se réuniront en *d*; *ac* s'affrontera avec *cd*. Les petits lambeaux *bc* et *be* formeront au-dessous de *d* le milieu de la lèvre.

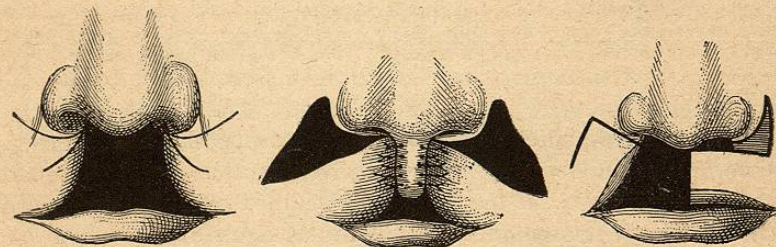


Fig. 183.

Le lobule médian manque entièrement. La restauration est faite au moyen de deux incisions de débridement gagnant la joue et de deux lambeaux à base inférieure, qui seront renversés et adaptés verticalement. Ce procédé ne procure pas un assez grand glissement des tissus vers la fissure.

Véritable chéiloplastie d'après Simon, avec suture des lambeaux aux bords de la sous-cloison.

Autre procédé de chéiloplastie à lambeaux carrés pris sur les joues presque verticalement et ramenés l'un vers l'autre horizontalement.

ce que l'on peut obtenir par des restaurations successives après la résection totale du lobule osseux (procédé de Franco). Je lui ai pratiqué, à l'âge de deux ans, l'opération du bec-de-lièvre compliqué, représenté plus haut (fig. 157 et 158). Quelques années après, je lui ai fait l'uranoplastie et la staphylorrhaphie à un an d'intervalle. Au moment de la première de ces opérations, les deux maxillaires s'étaient spontanément rapprochés et fusionnés en avant; le bord alvéolaire était entièrement reconstitué et continu. Rien ne serait plus facile que de corriger l'exubérance de la lèvre inférieure par une



Fig. 184. — Bec-de-lièvre bilatéral compliqué de grande fissure vélo-palatine. Résultat définitif après l'opération du bec-de-lièvre et l'urano-staphylorrhaphie (cas personnel).

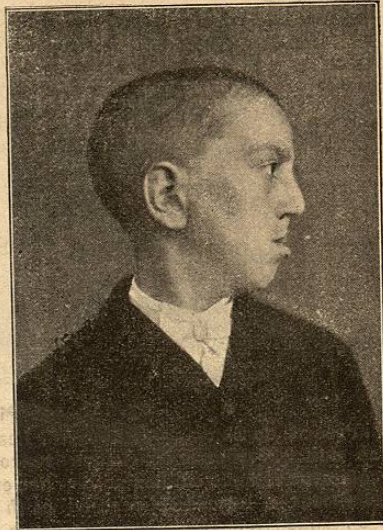


Fig. 185. — Le même, de profil. Voir aussi plus haut les fig. 157 et 158 représentant le même sujet avant l'opération du bec-de-lièvre.

résection en forme de V sur la ligne médiane. J'ai corrigé l'encoche qui s'était produite après l'opération du bec-de-lièvre, au moment de l'uranoplastie, au moyen du procédé de Nélaton (1).

La réparation des parties molles présente d'extrêmes difficultés dans les cas très compliqués où le lobule osseux s'avance sous la cloison des narines, vers le bout du nez, et aussi dans ceux où le lobule cutané est très petit ou n'existe pas du tout. L'opération de choix est toujours celle qui a été décrite plus haut pour le bec-de-lièvre bilatéral simple.

Lorsque le lobule cutané médian est assez développé pour qu'on puisse suturer sur ses deux bords les bords externes de la fente, il sert à reconstituer la partie médiane de la lèvre. S'il est trop court et

(1) LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, 1878, t. IV, p. 388.

inséré très en avant, au voisinage immédiat de la pointe du nez, mieux vaut l'utiliser pour compléter ou former de toute pièce la sous-cloison des narines; alors, on peut, à l'exemple de Le Fort, en suturer l'extrémité postérieure avec la muqueuse du lobule osseux devenue flottante après sa résection sous-périostée (1). En pareil cas, la reconstitution de la lèvre exige de longues incisions atteignant la joue en passant sous les ailes du nez.

Ces interventions compliquées représentent de véritables chéiloplasties qui varieront nécessairement selon les conditions de chaque cas. Les figures du tableau précédent (p. 733), mettent bien en évidence les différences des procédés les plus employés.

Tous ces procédés émanent du principe fondamental du débridement vers la joue, mis en pratique depuis longtemps.

L'emprunt de véritables lambeaux caractérise les chéiloplasties proprement dites. Les débridements sont transversaux, obliques ascendants, obliques descendants, rectilignes ou en lignes brisées; la taille des lambeaux s'inspire plus ou moins des procédés de Clémot et Malgaigne et de Mirault.

Le procédé de Sédillot, représenté dans l'article de Demarquay (2), se signale par des débridements obliques ascendants. L'opération récente de A. Reverdin, se rattache à celle qui est représentée dans notre tableau sous le n° 3 de la figure 183. Il s'agissait, cette fois, d'une perte de substance acquise (3).

Dans les procédés de J. Wolff, on taille un lambeau à base inférieure sur le bord externe de la fissure labiale et sur le lobule cutané médian. On renverse ces deux lambeaux, et les bords avivés, au-dessus de ces lambeaux, sont suturés en zigzag (4).

L'auteur préconise l'opération en deux temps espacés; il peut y avoir avantage à s'occuper d'abord d'une des fentes, puis de l'autre quelques semaines plus tard (J. Wolff, de Valcourt).

e. Réparation des imperfections consécutives aux opérations. — L'opérateur ne peut pas toujours compter sur une restauration très régulière, et il est assez souvent obligé de pratiquer plus tard certaines opérations complémentaires qu'il importe de décrire avec précision.

Une fois j'ai observé une jeune fille sur laquelle l'avivement du lobule cutané médian avait été mal fait. Une bande de muqueuse formait un relief demi-circulaire sur la lèvre. Je supprimai profondément toute cette bande disgracieuse et je plaçai une série de sutures rayonnantes d'un bord à l'autre du lobule et de la lèvre (Voy. plus haut fig. 170).

(1) LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI, 1880, p. 9.

(2) DEMARQUAY, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratique*, t. IV, p. 712.

(3) *Arch. prov. de chir.*, 1895, p. 543.

(4) J. WOLFF, *Berlin. med., Wochenschr.* 20 avril 1891.

Les *encoques* médianes, assez fréquentes, peuvent être supprimées de deux façons : par une petite opération suivant les procédés de Clémot-Malgaigne ou de Nélaton, ou au moyen d'une assez longue incision horizontale, qui sépare le bord muqueux du reste de la lèvre. Le milieu de ce bord est attiré par en bas et suturé verticalement (procédé de J. Wolff), de manière à constituer un petit tubercule labial médian (1); le reste de la plaie est réuni par des fils verticaux.

Lorsque le tubercule cutané est implanté à peu de distance du bout

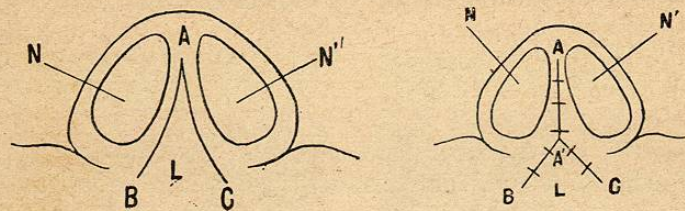


Fig. 186. — Le sommet A du lambeau triangulaire ABC est ramené en A'. Les bords AB et AC sont suturés en A'B et en A'C. — L, lambeau. — NN', narines.

du nez et qu'on s'en sert tel qu'il est pour la restauration du milieu de la lèvre, il exerce ultérieurement une traction sur le nez et l'incurve par en bas. Si cette disposition est très exagérée, on peut songer à la faire disparaître. Je n'ai jamais fait une opération dans un cas de ce genre, mais voici celle que je conçois comme possible (fig. 186): sur la partie la plus antérieure de la lèvre, sous la cloison nasale, faire deux incisions partant du même point en avant et diver-



Fig. 187. — P, peau. — C, cartilage. — M, muqueuse. — S, forme du segment à exciser. Fig. 188. — Forme triangulaire de l'excision en hauteur.

geant en dehors et en arrière. Disséquer d'avant en arrière la languette triangulaire ainsi délimitée, de manière à la reculer vers l'attache normale du nez; suturer transversalement, sous la cloison des narines, les bords internes des deux incisions divergentes et fixer l'angle antérieur de la languette en arrière de cette suture transversale.

Rectification de la narine. — Il ne me reste plus qu'à indiquer la façon de rendre à la narine ou aux narines une forme plus

(1) J. WOLFF, *Arch. für klin. Chir.*, 1880, Bd. XXV, 899.

normale, à la suite d'une opération quelconque de bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral, simple ou compliqué. La narine est généralement étalée, aplatie, concave en dehors, convexe en dedans (fig. 146); son cartilage fait en dedans une saillie disgracieuse et en même temps gênante pour la respiration. On peut considérer les trois plans qui la constituent (peau, cartilage, muqueuse) comme trois cornets inclus l'un dans l'autre et dont les deux internes sont trop grands par rapport au plus externe.

Pour corriger cette défectuosité, il faut une excision en forme de coin tronqué (fig. 187).

Au point le plus aplati, le plus convexe en dedans, qu'il siège près de l'angle antérieur de la narine ou sur la partie latérale, je supprime

un petit triangle de tissu dont la base correspond au bord de la narine; mais par des sections obliques très inclinées, de manière à ce que la perte de substance soit sensiblement plus grande à la face interne de la narine qu'à sa face externe. Les sutures ont forcément pour résultat d'en arrondir le contour, puisque les cornets internes, représentés par le cartilage et la muqueuse, redeviennent plus petits que le cornet externe constitué par la peau (fig. 189).

P. Berger pense qu'on peut rendre à la narine sa forme circulaire, en détachant tout d'abord l'aile du nez de la lèvre et de la joue, dans tous les cas de bec-de-lièvre complet unilatéral ou bilatéral, et en réunissant sa partie postérieure à la partie postérieure avivée de la sous-cloison nasale (1). C'est l'application aux cas de difformité peu accentuée des incisions vers la joue considérées comme nécessaires dans les cas compliqués et représentés dans bon nombre des figures de la page 733.

Kirmisson préfère utiliser le bord externe de la fissure pour la reconstitution du bord postérieur de la narine (2). Il me semble que la méthode des débridements vers la joue peut seule assurer à la lèvre une hauteur suffisante.

II. — Staphylorrhaphie et uranoplastie.

L'opération qui a pour but de rapprocher les deux moitiés du voile du palais séparées par une fissure congénitale ou acquise s'appelle la staphylorrhaphie; la restauration de la voûte palatine se nomme l'uranoplastie. Différentes l'une de l'autre tout d'abord dans leur mode

(1) P. BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, t. XXII, 1896, p. 238.

(2) KIRMISSON, *Ibid.*, p. 243.