

dessous et en dehors de la précédente, renferment les rudiments des deux mâchoires, et marchent à la rencontre l'une de l'autre au-dessous du bourgeon frontal; elles présentent de chaque côté un bourgeon maxillaire inférieur dont le développement est très-rapide, de telle sorte qu'à cette époque la mâchoire inférieure est déjà très-apparente, tandis que la supérieure n'est qu'à peine désignée par une petite éminence ou *bourgeon maxillaire supérieur* qui se voit plus haut et plus en arrière.

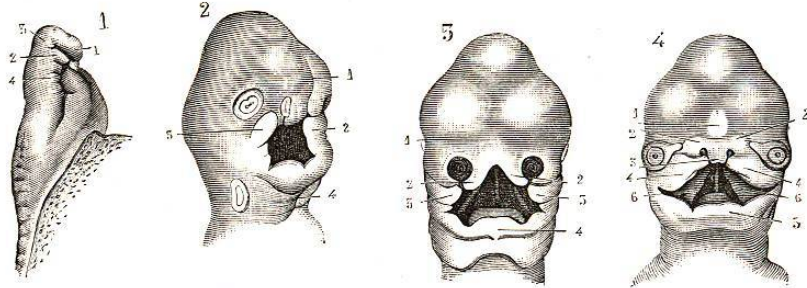


FIG. 134. — Développement de la bouche (Coste).

N° 1. *Bouche d'un embryon de quinze à dix-huit jours.* 1, bourgeon frontal; 2, bourgeon maxillaire inférieur; 3, bourgeon maxillaire supérieur; 4, vestiges des arcs branchiaux. — N° 2. *Bouche d'un embryon de vingt-cinq à vingt-huit jours.* 1, bourgeon médian; 2, bourgeons maxillaires inférieurs déjà réunis sur la ligne médiane; 3, bourgeon maxillaire supérieur; 4, arcs branchiaux. — N° 3. *Bouche d'un embryon de trente-cinq jours.* 1, bourgeon médian; 2, 2, bourgeons incisifs; 3, 3, bourgeons maxillaires supérieurs; 4, lèvre et mâchoire inférieures. — N° 4. *Bouche d'un embryon de quarante jours.* 1, premier vestige du nez; 2, 2, ailes du nez; 3, sous-cloison; 4, 4, bourgeons maxillaires supérieurs; 5, lèvre inférieure; 6, 6, moitiés latérales de la voûte palatine.

Disposés comme nous venons de l'indiquer, les trois bourgeons médians et latéraux circonscrivent dès maintenant une sorte d'ouverture buccale, encore recouverte et fermée par le feuillet muqueux resté transparent à ce niveau.

Vers la fin de la semaine, c'est-à-dire du vingt-cinquième au vingt-huitième jour, ce feuillet disparaît, et la bouche se trouve constituée. Le bourgeon frontal, très-élargi, se creuse à sa partie moyenne d'une vaste échancrure qui le divise en deux bourgeons plus petits, appelés par Coste, *bourgeons incisifs*, et aux dépens desquels se développeront les os incisifs et la portion médiane de la lèvre supérieure.

Les bourgeons maxillaires inférieurs, continuant leur développement rapide, se sont déjà réunis sur la ligne médiane. Les bourgeons maxillaires supérieurs devenus plus volumineux convergent l'un vers l'autre et se rapprochent de chaque côté du bourgeon incisif correspondant.

Au trente-cinquième jour, les bourgeons maxillaires supérieurs atteignent les bourgeons incisifs, et de leur partie postérieure partent deux prolongements qui se dirigent l'un vers l'autre pour former la voûte palatine: ce sont les saillies palatines.

Enfin, au quarantième jour, les deux bourgeons incisifs dans l'épaisseur desquels se sont développés les os incisifs, s'unissent l'un à l'autre

de haut en bas sur la ligne médiane et complètent par leur juxtaposition la lèvre supérieure dans sa portion moyenne.

En même temps achèvent de se développer la cloison verticale qui divise les fosses nasales, et la cloison horizontale ou voûte palatine qui sépare la cavité buccale dont elle forme la paroi supérieure, de celle des fosses nasales dont elle constitue le plancher.

Tel est l'état actuel de nos connaissances sur le mode de développement de l'embryon. Il est facile de voir que toutes les variétés du bec-de-lièvre trouvent leur explication dans une seule et même cause, l'arrêt de développement à une époque plus ou moins éloignée, et que chacune d'elle, pour nous servir de l'expression de A. Richard, est en quelque sorte superposable à un état transitoire de l'embryon.

Supposons, par exemple, que les deux bourgeons maxillaires inférieurs, aux dépens desquels se forme la lèvre inférieure, restent isolés au lieu de se réunir sur la ligne médiane, et nous aurons le bec-de-lièvre congénital de cette lèvre; son siège sera constant et toujours sur la ligne médiane, en raison même du mode de développement de la lèvre. Quant à son extrême rareté, elle tient sans nul doute à l'accroissement rapide et à la réunion très-prompte des deux bourgeons.

De même encore, le bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure sera créé, si les deux bourgeons incisifs subissent un arrêt dans leur développement et n'arrivent pas à se mettre en contact par leur bord interne.

La fissure génienne ou commissurale, simple ou double, sera le résultat de la persistance de la fente qui sépare les bourgeons maxillaires supérieurs des bourgeons maxillaires inférieurs.

Nous avons vu que la lèvre supérieure se composait primitivement de trois parties distinctes: une médiane formée par les bourgeons incisifs, et deux latérales par les bourgeons maxillaires supérieurs. Si les deux parties latérales ne s'unissent pas au bourgeon incisif, nous aurons le bec-de-lièvre bilatéral; si l'une de ces parties seulement reste indépendante, nous aurons le bec-de-lièvre unilatéral.

On comprendra de même toutes les complications du bec-de-lièvre, si l'on suppose que l'arrêt de développement atteint à la fois les os et les parties molles; ainsi, la séparation peut persister au delà du quarantième jour, entre le maxillaire supérieur et l'os incisif d'un seul ou des deux côtés; c'est la fissure labio-alvéolaire unique ou double; en outre, les maxillaires eux-mêmes peuvent rester écartés l'un de l'autre: c'est la fissure labio-palatine.

Enfin, si l'arrêt de développement a commencé de très-bonne heure, alors que les cavités nasale et buccale étaient en communication complète, le vice de conformation connu sous le nom de *gueule de loup* en sera la conséquence.

Mais s'il est hors de doute aujourd'hui que le bec-de-lièvre est le résultat d'un arrêt de développement, d'une suspension dans l'évolution organique de la face, il reste encore à déterminer sous quelle influence

survient cet arrêt. Nous ne possédons à cet égard que des données bien incertaines. On pourrait à ce sujet rappeler toutes les théories émises autrefois sur les causes du bec-de-lièvre, mais qui pour la plupart manquent de preuves suffisantes ; telles sont : les actions traumatiques, les maladies de l'embryon, les émotions morales de la mère, etc.

L'influence de l'hérédité n'est pas contestable, et il n'est pas très-rare d'observer dans une même famille, de génération en génération, plusieurs cas de bec-de-lièvre. Les auteurs du *Compendium*, Trélat, Murray, Demarquay, ont rapporté des exemples de ce genre.

PRONOSTIC. — Le bec-de-lièvre simple constitue une difformité disgracieuse, et non une affection grave. Le pronostic du bec-de-lièvre complexe est d'autant plus sérieux que les divisions congénitales sont plus nombreuses et plus étendues ; dans ce dernier cas, la succion est tout à fait impossible, et un grand nombre d'enfants meurent faute de pouvoir têter ; ceux qui survivent gardent, avec une laideur repoussante, une gêne parfois excessive de la déglutition, de la mastication et de la parole ; enfin, ils ne peuvent être débarrassés de leur infirmité qu'au prix d'une opération laborieuse, capable de mettre leur vie en péril.

TRAITEMENT. — Avant d'aborder et de décrire les divers modes de traitement du bec-de-lièvre, il importe de décider tout d'abord à quelle époque il convient de tenter l'opération. Cette grave question a été de tous temps discutée et différemment résolue par les chirurgiens les plus éminents et les plus autorisés. Nous voyons d'une part Ledran, Ronhuysen, Heister, Busche, etc., et plus récemment P. Dubois se déclarer partisans de l'opération hâtive et soutenir qu'elle aura d'autant plus de chances de succès qu'elle sera pratiquée à une époque plus rapprochée de la naissance ; d'autre part, Dionis, Garengot, Boyer, Dupuytren, les auteurs du *Compendium*, déclarent que l'opération hâtive est incertaine et dangereuse, et qu'il faut attendre, autant que possible, la cinquième ou la sixième année pour agir dans les conditions les plus favorables.

La Société de chirurgie, en 1856, reprit et discuta de nouveau cette question, et là encore nous constatons de nombreuses divergences dans l'opinion des chirurgiens qui prirent part au débat. Toutefois, nous devons dire que le plus grand nombre se prononça contre l'opération hâtive, et en faveur de l'opération différée ou tardive, selon les cas. En effet, pour régler sa conduite, le chirurgien doit prendre en considération d'une part l'état de l'enfant, et d'autre part la nature de la difformité.

L'opération hâtive ne doit être pratiquée que dans le cas de bec-de-lièvre simple ; encore faut-il que la division soit unique, ou, si elle est double, que la réunion et l'affrontements des parties divisées puissent se faire aisément, sans tiraillement auxquels ne résisteraient pas les tissus mous et friables du nouveau-né, sans dissections étendues et de nature à donner des hémorrhagies toujours graves à cet âge. Enfin, le chirurgien ne doit se décider à tenter une opération que si l'enfant est vigoureux,

bien constitué, et si son alimentation est assurée, soit par une nourrice, ce qui est toujours préférable, soit par un allaitement artificiel bien dirigé. Que l'une ou l'autre de ces conditions vienne à manquer, nous pensons qu'il sera prudent d'attendre, de *différer* l'opération jusqu'au sixième mois ou la fin de la première année. L'existence d'une division de la voûte palatine ne serait pas une contre-indication formelle de l'opération, si elle existait seule, sans autre complication.

L'opération différée sera toujours conseillée dans les cas de bec-de-lièvre complexe, avec saillie des os intermaxillaires ou maxillaires : agir prématurément, ce serait mettre en péril la vie de l'enfant. Tout ce qu'on peut faire, en attendant le moment opportun de l'opération, c'est de chercher à diminuer autant que possible le degré d'écartement des parties profondes, de la voûte palatine et de l'arcade dentaire divisées ; et l'on arrive à ce résultat à l'aide d'appareils particuliers, tels que le bandage unissant, employé par Desault et Mirault (d'Angers), ou l'appareil de Blandin (1).

Parmi les nombreux procédés opératoires proposés pour la cure du bec-de-lièvre, les uns s'adressent exclusivement au bec-de-lièvre simple ; les autres, au bec-de-lièvre complexe.

a. *Bec-de-lièvre simple*. — Que la division soit unique ou double, l'opération comprend toujours deux temps : 1° avivement des bords de la fissure labiale ; 2° réunion des surfaces saignantes.

1° *Avivement*. — Supposons d'abord l'existence d'un bec-de-lièvre unilatéral. L'enfant est placé sur les genoux d'un aide, uniquement chargé de le maintenir immobile, la tête solidement appuyée ; puis le chirurgien, armé de ciseaux, tend de la main gauche le bord gauche de la lèvre à l'aide de pinces à dents, d'un ténaculum ou d'une anse de fil passée dans le bord libre de la lèvre ; cela fait, il emporte rapidement, d'un seul coup, de bas en haut, le bord muqueux de la fente labiale, sur toute sa hauteur. Si l'artère coronaire divisée donne du sang, un aide comprime la lèvre gauche entre les doigts, tandis que le chirurgien procède à l'avivement de la lèvre droite tendue comme la précédente. Quelques chirurgiens préfèrent le bistouri aux ciseaux ; ils pratiquent alors l'avivement de haut en bas, les uns de dehors de dedans en protégeant la gencive contre le bistouri avec une plaque de carton ou un morceau de bois placé sous la lèvre, les autres de dedans en dehors par transfixion.

Ces divers moyens importent peu : toute l'attention du chirurgien doit se porter sur l'étendue qu'il convient de donner à l'avivement, sur l'angle supérieur de la division ; enfin sur le bord arrondi qui termine en bas les deux branches du V.

La perte de substance latérale, sans être exagérée, doit comprendre exactement tout le bord de la fente et empiéter de 2 millimètres environ

(1) Demarquay, *loc. cit.*

sur la peau. Lorsque les deux bords ont même hauteur, l'avivement est le même de part et d'autre; lorsqu'au contraire ils sont inégaux, le plus court doit subir à sa base une perte de substance plus étendue.

L'angle supérieur, le sommet du V, sera toujours avivé avec grand soin; et, s'il est situé très-haut et difficile à atteindre avec les ciseaux, on achèvera l'excision avec le bistouri.

Enfin le bord inférieur, curviligne, de la lèvre doit disparaître dans l'avivement, si l'on ne veut s'exposer à avoir, en ce point, après la réunion, une encoche disgracieuse. Quant à l'écoulement de sang, il est rarement inquiétant, et cesse ordinairement par le seul fait de la réunion.

2^e Réunion. — L'avivement terminé, il reste à réunir les bords de la plaie; et la réunion immédiate, qu'il importe d'obtenir, sera d'autant plus fréquente et le succès de l'opération d'autant mieux assuré que l'affrontement sera plus exact, non-seulement sur toute la longueur, mais encore sur toute l'épaisseur des surfaces saignantes. Pour obtenir ce résultat, on s'est servi autrefois de pinces spéciales, d'emplâtres divers, de bandelettes agglutinatives, etc. Louis, s'élevant contre la suture, a beaucoup vanté l'emploi d'un bandage unissant imaginé par lui et destiné à maintenir la réunion; mais encore Louis avait-il soin de placer tout d'abord un point de suture à la partie inférieure du bec-de-lièvre.

Ces moyens ne méritent pas d'être conservés, si ce n'est à titre d'auxiliaires, pour venir en aide, s'il est besoin, à la suture; mais, si l'utilité et les avantages de celle-ci ne sont plus aujourd'hui contestés, les chirurgiens ne sont pas encore d'accord sur le genre de suture qu'il convient d'appliquer.

Giraldès, dans ces derniers temps, s'est servi de fils métalliques; Huguier préférerait la suture enchevillée; Rigal emploie sa suture élastique; Mirault (d'Angers) et Gosselin la suture entrecoupée, et Denonvilliers a imaginé et décrit une *suture à plaque* fort ingénieuse. Nous conseillons la *suture entortillée*, bien qu'elle ait été l'objet de critiques nombreuses. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans de longs détails sur ce mode de suture; cependant nous dirons un mot de la façon dont elle doit être faite dans ce cas particulier.

On se sert habituellement de longues aiguilles ou épingles d'acier, cylindriques, bien acérées, et de fils de soie ou de lin. On commence la suture par le bord libre de la lèvre du côté gauche: la première épingle, tenue solidement entre les mors d'une pince, est introduite à 2 millimètres au-dessus de ce bord, à 6 millimètres environ de la surface avivée, et conduite dans une direction légèrement oblique de bas en haut, de dehors en dedans, et d'avant en arrière, de façon qu'elle vienne sortir non loin de la muqueuse, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la lèvre; le bord droit de celle-ci est alors affronté avec le bord gauche et traversé à son tour par l'épingle, comme le précédent, mais en sens inverse, de haut en bas, de dedans en dehors, et d'arrière en avant, de sorte que l'épingle traverse la peau dans un point qui corres-

ponde exactement au point d'entrée sur le côté opposé. Une anse de fil simple, jetée sur cette épingle, sert à tendre la lèvre; une seconde épingle est placée vers l'angle supérieur, puis une troisième et une quatrième, s'il est nécessaire, dans l'intervalle des deux premières. Enfin, il ne reste plus qu'à fixer isolément les épingles avec des fils enroulés sur elles en huit, sans exercer une trop forte constriction, et à les relier toutes entre elles à l'aide d'un fil plus long dont les chefs, croisés en X dans leur intervalle, forment aussi sur chacune des huit. Cela fait, on coupe avec des ciseaux les épingles trop longues, puis sous les deux extrémités on dispose un morceau de linge ou de diachylon destiné à préserver les téguments de leur contact.

L'opération achevée, certaines précautions sont encore nécessaires pour le résultat définitif: le repos au lit, le silence, la diète, sont toutes choses faciles à obtenir d'un adulte ou d'un enfant en âge de raison, mais qu'on ne peut attendre de l'indocilité de sujets plus jeunes: aussi, Roonhuysen avait-il proposé de priver les petits malades de sommeil, la veille de l'opération, pour les forcer en quelque sorte à dormir quand elle serait terminée; mais cette pratique, qui n'est pas sans inconvénients, n'a pas été acceptée, et aujourd'hui le chirurgien préfère avec raison prescrire une potion opiacée, à dose proportionnée à l'âge de l'enfant. Du reste, après l'opération, la mère ou la nourrice peut, par une surveillance intelligente et active, venir en aide au chirurgien.

Quatre jours chez un adulte, trois jours chez un enfant suffisent ordinairement pour que la réunion soit complète: on peut, au bout de ce temps, enlever sans inconvénient les épingles; toutefois ces limites n'ont rien d'absolument fixe. Les épingles seront retirées avec un soin minutieux, en évitant tout ce qui peut tirailler la plaie réunie, et tendre à séparer les surfaces encore faiblement adhérentes; enfin il sera bon, dans bien des cas, tout en insistant de nouveau sur les précautions recommandées immédiatement après l'opération, de substituer aux épingles et aux fils enlevés des bandelettes agglutinatives, et, au besoin, un bandage unissant jusqu'à réunion solide et définitive.

L'opération bien faite réussit dans la majorité des cas; car il est rare qu'une hémorragie, une inflammation du bord de la plaie, une rupture de la cicatrice, la fassent échouer. Il est fréquent, au contraire, d'observer à la suite de la réunion du bec-de-lièvre la persistance d'une encoche sur le bord libre de la lèvre, surtout chez les sujets opérés tardivement, lorsque les branches du V se terminent en bas par un angle mousse, arrondi. Pour épargner à l'opéré cette petite difformité, on a eu recours à des procédés divers et très-nombreux dont nous ferons connaître les principaux.

Husson fils eut l'idée de faire l'avivement des bords de la fissure labiale suivant deux lignes courbes, se regardant par leur concavité; il pensait que la réunion de ces deux surfaces concaves aurait pour conséquence d'accroître la hauteur de la lèvre, d'abaisser le bord libre, et de faire dis-

paraître l'encoche. La pratique n'a pas confirmé cette opinion, et le moyen proposé par Husson est généralement insuffisant.

Clémot (de Rochefort) et Malgaigne (1) pratiquent l'avivement de chaque côté, de haut en bas, avec le bistouri jusqu'à une petite distance du bord libre, de telle sorte que les deux lambeaux latéraux restent adhérents par un pédicule assez large (fig. 135); puis, la plaie étant réunie au-dessus d'eux, ces petits lambeaux rabattus et mis en contact par leurs surfaces saignantes sont maintenus dans cette position par un point de suture. Si leur longueur est trop considérable, on en resèque une partie, soit immédiatement après l'opération, soit plus tard quand la cicatrisation est complète. Par ce procédé, on parvient sinon à supprimer entièrement, du moins à diminuer l'encoche.

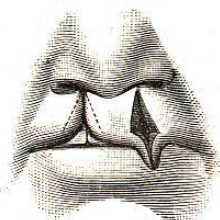


FIG. 135. — Procédé de Clémot et de Malgaigne.

Mirault (d'Angers) (2) a repris et modifié très-heureusement le procédé de Clémot: le lambeau du côté interne de la fissure est taillé comme précédemment, puis reséqué à son sommet et avivé à sa base, au niveau de l'angle arrondi de la lèvre; le lambeau du côté externe, disséqué et rabattu comme le faisaient Clémot et Malgaigne, est fixé par sa surface saignante sur la base avivée du précédent, et, dans cette position, son bord muqueux arrondi constitue le bord libre de la lèvre. Ce procédé est excellent, et, quand la réunion immédiate réussit, le résultat est très-favorable.

Nélaton a apporté aussi une modification à l'opération de Malgaigne; les deux lambeaux ne sont point séparés l'un de l'autre au niveau de l'angle supérieur de la division labiale; ils forment, comme cette division même, un V qu'on renverse ensuite, de façon à mettre en contact les surfaces sanglantes des lambeaux: ceux-ci, ainsi renversés, forment au niveau du bord libre de la lèvre une sorte de petite trompe qu'on peut ou non reséquer, mais qui tend à disparaître d'elle-même avec le temps.

Enfin Henry (de Nantes) et Giraldès ont encore décrit chacun un procédé qu'il est bon de connaître.

Henry (3) détache deux lambeaux latéraux (fig. 136), comme Clémot et Malgaigne, mais il fait ses incisions de telle sorte que l'un des bords soit taillé en biseau aux dépens de sa face antérieure, et l'autre aux dépens de sa face postérieure; après le rapprochement, bords avivés et lambeaux sanglants se correspondent par de larges surfaces obliques.

Giraldès (4) prend, sur le bord externe (fig. 137), un lambeau B qu'il

(1) *Journal de chir. de Malgaigne*, 1844, p. 1.

(2) *Journal de Malgaigne*, 1844 et 1845.

(3) *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1861, 2^e série, t. II, p. 95.

(4) *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1865.

taille et rabat comme dans le procédé de Clémot; sur le bord interne, il détache, de bas en haut, un second lambeau A qu'il porte au-dessous de la narine, au lieu et place de la lèvre incisée transversalement et décollée

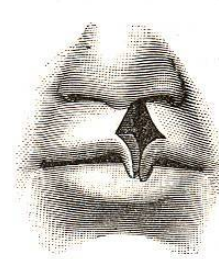


FIG. 136. — Procédé de Henry (de Nantes).

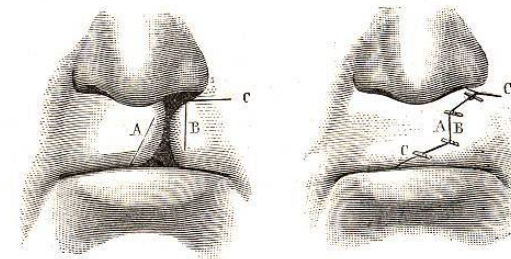


FIG. 137. — Procédé de Giraldès.

en ce point C; le premier lambeau, au contraire, est fixé à la partie inférieure du côté interne de la fissure, et son bord muqueux constitue, comme dans le procédé de Mirault, le bord libre de la lèvre. Comme moyen d'union, Giraldès conseille la suture avec des fils métalliques.

Nous avons supposé jusqu'ici qu'il s'agissait d'un bec-de-lièvre unilatéral. Dans le cas de bec-de-lièvre bilatéral, la conduite à tenir dépend entièrement de l'état dans lequel se trouve le lobule médian. Lorsque ce lobule est épais, charnu, de même hauteur que la lèvre, de forme rectangulaire, les opérations que nous venons de décrire sont encore applicables, elles sont seulement répétées de chaque côté du lobule; et nous pensons avec la majorité des chirurgiens qu'il est bon de pratiquer dans une même séance cette double opération.

Lorsqu'au contraire le lobule médian est court, atrophié, terminé en pointe inférieurement, le procédé opératoire doit être forcément modifié. Le lobule est avivé sur ses deux bords, de sa base à son sommet; les deux bords latéraux de la lèvre sont ensuite avivés à leur tour, puis rapprochés et réunis en bas directement l'un à l'autre, en haut isolément à chaque côté du lobule qui se trouve ainsi enclavé dans leur intervalle; les lignes de réunion représentent un V. Pour éviter l'encoche du bord libre, on pourra mettre en usage l'un ou l'autre des procédés décrits plus haut; car ici l'opération ne diffère en réalité de celle du bec-de-lièvre unilatéral, que par l'enclavement du lobule médian à la partie supérieure.

Il arrive parfois que le lobule est tellement court et atrophié, qu'il ne peut guère être employé utilement; mieux vaut alors le reséquer et transformer la fissure double en une fissure unique et médiane.

Enfin, il est des cas où le tubercule médian, vicieusement implanté, a pu cependant servir à la restauration. Dupuytren, ayant à opérer un bec-de-lièvre avec adhérence du lobule à la pointe du nez, eut l'idée de ramener ce lobule en arrière, et de reconstituer à ses dépens la sous-cloison nasale, avant de réunir les deux portions de la lèvre.

b. *Bec-de-lièvre complexe.* — Supposons d'abord le cas d'une fissure labio-palatine unique : l'opération devient déjà plus difficile, et son issue plus incertaine. En effet, de l'existence de la fissure résultent plusieurs conditions défavorables : d'une part, les os incisifs repoussent en avant la portion de la lèvre qui les recouvre, tandis que l'autre portion qui correspond à la fissure ne trouvant en arrière aucun point d'appui, reste difficilement en contact avec la précédente; d'autre part la lèvre est souvent atrophiée du côté de la fente labio-palatine, son épaisseur moindre rend plus pénible l'union avec le bord opposé; sa hauteur insuffisante expose davantage à une encoche disgracieuse; enfin toujours du même côté, la narine est ordinairement élargie, le nez aplati, l'aile du nez portée en dehors, et cette nouvelle difformité réclame les soins du chirurgien. Pour remédier aux inconvénients signalés, pour lutter avec avantage contre les deux premières difficultés, nous conseillerons d'avoir recours aux procédés, déjà décrits, de Mirault ou de Henry, qui, mieux que tous les autres, favoriseront la réunion immédiate et feront éviter l'encoche labiale. De plus, il faudra redoubler de précautions et de vigilance, après l'opération, surtout au moment où les épingles seront enlevées.

Il arrive quelquefois, cependant, que les procédés de restauration de la lèvre cessent d'être applicables en raison de la différence de niveau trop considérable entre les deux lèvres de la division osseuse. Dans un de ces cas que j'ai dernièrement opéré à l'hôpital Saint-Antoine, et où l'os incisif uni au maxillaire droit faisait en avant une saillie excessivement prononcée, tandis que le maxillaire gauche était situé beaucoup plus en arrière, j'ai eu recours au procédé suivant : j'avivai d'abord les deux bords de la division osseuse; puis, après avoir détaché les parties molles des os sous-jacents, je fracturai verticalement, à l'aide d'un ciseau, le bord antérieur du maxillaire droit, environ au point d'union de cet os avec l'os incisif; le fragment osseux ainsi mobilisé, mais adhérent encore de toutes parts aux parties molles, put être refoulé d'avant en arrière, et son bord avivé vint se mettre en contact avec le bord avivé du maxillaire gauche, auquel il fut fixé par deux points de suture osseuse. La saillie avait dès lors disparu, et la réparation de la lèvre fut pratiquée selon le procédé de Giraldès. Le résultat fut d'ailleurs très-satisfaisant; la portion osseuse mobilisée contracta des adhérences solides, et un mois après, on pouvait à peine lui imprimer de faibles mouvements.

Quant à l'aplatissement du nez et à l'élargissement de la narine, divers moyens ont été proposés pour les corriger : Guersant (fig. 138) se servait d'une forte serre-fine; Phillips (fig. 139) passait à travers les cartilages du nez une longue aiguille, et à l'aide de deux morceaux de liège portés par cette aiguille, il exerçait sur les narines une compression latérale tendant à diminuer leur largeur et à relever l'organe affaissé.

Dans le cas de bec-de-lièvre complexe, avec double fissure labio-palatine, les difficultés sont encore accrues, et c'est ordinairement la saillie anormale des os incisifs, sur la ligne médiane, qui crée les plus

sérieux embarras. Isolés de toutes parts, excepté en haut où ils se rattachent à la cloison nasale, les os incisifs ont grande tendance à se dévier de leur direction primitive, et généralement ils sont repoussés sur un plan plus antérieur ou même projetés directement en avant avec les incisives qu'ils supportent. Il est donc absolument nécessaire, avant de tenter le rapprochement des deux portions de la lèvre, de faire disparaître cette saillie osseuse médiane, ou de la refouler suffisamment en arrière pour qu'elle cesse de mettre obstacle à la réunion; de là divers procédés qui ont gardé les noms de leurs auteurs.

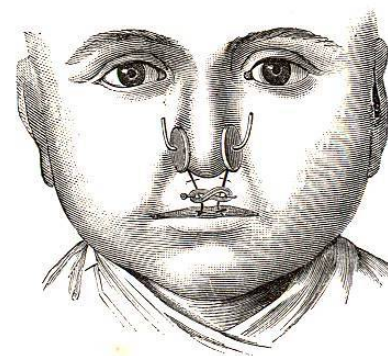


FIG. 139. — Compresseur de Phillips.



FIG. 138. — Serre-fine de Guersant.

Procédé de Franco. — Il consiste dans l'ablation pure et simple du tubercule osseux médian. Le lobule charnu est disséqué et détaché des os incisifs sous-jacents qui, ainsi isolés, sont emportés d'un coup de ciseaux ou de tenailles, ou d'un trait de scie; puis les parties molles sont avivées et réunies. Ce procédé, très-rapide, très-facile à exécuter, est loin d'être irréprochable: il expose à un écoulement de sang abondant, et Dupuytren rapporte qu'un enfant opéré par lui mourut d'hémorragie. Ajoutons que la lèvre, privée de tout appui en arrière, sur la ligne médiane, subira là une dépression disgracieuse, et que, les maxillaires supérieurs tendant à se rapprocher peu à peu l'un de l'autre, les deux arcades dentaires supérieure et inférieure finiront par ne plus se correspondre exactement, d'où résultera encore une gêne pour la mastication.

Procédé de Desault. — Il a pour but la conservation du tubercule osseux médian, qui doit être simplement refoulé en arrière, et ramené à sa position normale, à l'aide d'une compression lente et suffisamment prolongée. L'idée est excellente, mais ce procédé n'est pas toujours applicable: il échoue constamment lorsque les os incisifs ont subi une déviation trop considérable, et sont fixés solidement dans leur nouvelle et vicieuse position.

Procédé de Gensoul. — C'est pour un cas de ce genre que Gensoul ima-

gina de redresser brusquement le tubercule osseux, en fracturant son pédicule; pour cela, il saisit ce tubercule avec de fortes pinces, et le ramena violemment dans une direction verticale. Mais, le grand inconvénient de ce procédé est précisément la fracture qu'on n'est pas toujours maître de limiter au pédicule; elle peut s'étendre à la cloison des fosses nasales, à l'éthmoïde, et dès lors la vie de l'opéré se trouve sérieusement menacée: aussi les chirurgiens n'ont-ils pas eu souvent recours à ce mode de traitement, et Gensoul lui-même ne l'a appliqué qu'une fois.

Procédé de Blandin. — Blandin a cherché à remplacer cette fracture violente et dangereuse du pédicule par une opération réglée, consistant en une résection partielle de la cloison nasale en arrière des os incisifs. Cette résection se fait avec des ciseaux et comprend deux sections, dont l'une, antérieure verticale, et l'autre, postérieure et oblique de bas en haut et d'arrière en avant, lui permettent de détacher un fragment triangulaire de la cloison, et de loger à cette place le tubercule osseux devenu mobile. Une hémorrhagie abondante, fournie par l'artère de la cloison, le retrait parfois exagéré du tubercule osseux, et enfin sa mobilité, sont les principaux inconvénients de ce procédé. Debrou a tenté de supprimer cette mobilité gênante en soudant les os incisifs aux maxillaires: il commence par aviver les deux faces latérales du tubercule médian et les bords correspondants des maxillaires, puis il les maintient en contact. Par ce moyen, il a pu obtenir des adhérences fibreuses, mais non une consolidation complète, et le tubercule a conservé en grande partie sa mobilité.

Mirault (d'Angers) (1) a obtenu un résultat plus heureux, par la résection sous-périostée du vomer et la suture à cet os du tubercule médian: il incise longitudinalement la muqueuse sur les trois quarts antérieurs du vomer, et la détache latéralement sur une hauteur de 3 millimètres; puis il fait sur cet os deux sections verticales, une antérieure et une postérieure qu'il réunit par une troisième section horizontale; et, dans l'espace carré ainsi obtenu, il loge et maintient par un appareil contentif spécial le tubercule osseux préalablement avivé.

Broca, de son côté, a obtenu une réunion osseuse par l'avivement du tubercule médian et des maxillaires, et l'emploi de la suture métallique.

Indépendamment de la saillie des os intermaxillaires, une autre complication peut encore se présenter: c'est l'insuffisance ou l'absence plus ou moins complète de la lèvre supérieure. Ces cas ne peuvent plus être traités par les procédés que nous venons d'indiquer, qui tous seraient insuffisants, et réclament des opérations spéciales dont la description se rapporte à celle des opérations *chéiloplastiques*.

(1) Mémoire adressé à MM. les membres de la Société de chirurgie de Paris, 1871.

ARTICLE IV.

CHEILOPLASTIE.

On connaît sous le nom de *chéiloplastie* l'ensemble des opérations pratiquées dans le but de restaurer l'une ou l'autre lèvre.

En raison de leur structure vasculaire, de leur mobilité et de leur extensibilité, les lèvres présentent les conditions les plus favorables pour le succès des opérations autoplastiques. La *méthode française* ou *par glissement* trouve surtout ici son application, de préférence aux *méthodes italienne* et *indienne*.

1° Restauration de la lèvre inférieure.

Après une destruction étendue de la lèvre, après l'ablation d'une tumeur volumineuse, il reste parfois une perte de substance telle que les bords de la plaie ne peuvent plus être mis en contact et réunis; dès lors la réparation ne sera possible qu'avec l'aide des parties molles voisines, disséquées et mobilisées. De là divers procédés consistant à prendre sur le cou ou sur la face les lambeaux nécessaires à la restauration de la lèvre. Nous décrirons brièvement quelques-uns de ces procédés.

a. *Procédé de Chopart* (fig. 140). — Deux incisions sont conduites verticalement, de chaque côté et en dehors de la tumeur; elles commencent en haut sur le bord libre de la lèvre, et se terminent en bas, plus ou moins loin sur la région sus-hyoïdienne: le lambeau quadrilatéral limité par ces incisions est alors saisi par son bord supérieur et disséqué de haut en bas, dans toute sa hauteur. Cela fait, on détache par une incision transversale toute la portion altérée du lambeau; puis inclinant la tête de l'opéré de façon à rapprocher le menton du sternum, on relève la portion saine du lambeau jusqu'à ce que son bord supérieur arrive au niveau du bord libre de la lèvre. Il ne reste plus qu'à le fixer dans cette nouvelle position, à l'aide de quelques points de suture de chaque côté.

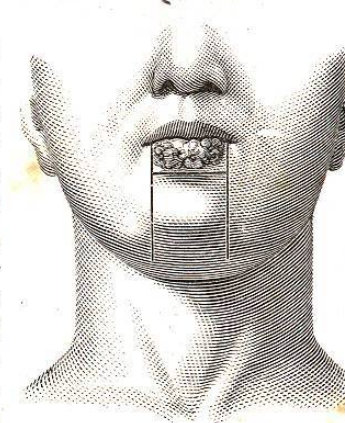


FIG. 140. — Procédé de Chopart.

b. *Procédé de Roux*. — Les tissus malades sont cernés par une incision semi-circulaire, à concavité supérieure, et détachés. Si le mal s'étend jusqu'aux commissures, on agrandit la cavité buccale par deux incisions transversales, de l'extrémité desquelles partira l'incision semi-lunaire;