

des résultats très satisfaisants, même dans les cas de déformation considérable, bien que l'on ne puisse pas compter autant que chez l'enfant sur la correction ultérieure apportée à la position vicieuse de certains os, telle que la saillie en avant de l'os intermaxillaire, par la pression continue qu'exerce, d'avant en arrière, la lèvre supérieure une fois la réunion obtenue.

On ne connaît pas exactement le chiffre de la **mortalité** à la suite des opérations de bec-de-lièvre. FRITSCHÉ, qui a fait une statistique des opérations pratiquées par différents chirurgiens, a trouvé une mortalité de 3 pour 100 dans les deux premières semaines et de 15 pour 100 depuis la troisième semaine jusqu'au troisième mois. Pour les enfants opérés à la clinique de Göttingue, ces chiffres sont certainement trop élevés; en effet, d'après STOBWASSER, sur 70 opérés dans les deux premières semaines, un seul a succombé, ce qui fait une mortalité de 1,43 pour 100. La mort est survenue à la suite d'un érysipèle.

§ 66. — Bien que l'on puisse chloroformer sans crainte les nouveau-nés, on s'en abstient cependant en général, lorsqu'il s'agit d'une opération de bec-de-lièvre. Chez les enfants un peu plus âgés, par contre, l'anesthésie présente de réels avantages; en effet, lorsqu'on renonce à l'emploi du chloroforme, les petits opérés conservent pendant longtemps la conscience des douleurs subies pendant l'opération, tandis que les nouveau-nés s'endorment aussitôt après que l'on a achevé l'incision et la suture. D'autre part, chez les premiers, l'opérateur est considérablement gêné par la résistance continuelle et les cris violents du petit malade. Avant l'opération, la région des lèvres doit être lavée soigneusement avec de l'eau et du savon, puis désinfectée au moyen d'une solution de sublimé. De même les cavités nasale et buccale seront nettoyées avec soin à l'aide d'éponges montées que l'on aura trempées dans une solution d'acide phénique. On enveloppe l'enfant dans un drap qui lui fixe les bras contre le corps, et on le fait tenir par une infirmière assise. L'opérateur s'assied au-devant de cette dernière, tandis qu'un aide maintient par derrière la tête de l'enfant à l'aide de ses deux mains, et de façon à ce que les doigts viennent s'appuyer sur les joues. Un second aide se tient à côté de l'enfant pour veiller à l'hémostase, qu'il obtiendra surtout en comprimant la lèvre entre deux doigts dès que les artères ont été divisées. Pendant l'opération la tête de l'enfant est maintenue droite, mais s'il survient une hémorragie de quelque importance, on incline immédiatement la tête en avant pour empêcher l'écoulement du sang dans la cavité buccale.

Cette position nous paraît décidément préférable à celle qui consiste à coucher l'enfant sur le dos, la tête pendante. Par l'inclinaison de la tête en avant on réussit sans peine à empêcher l'écoulement du sang dans la bouche, et si l'on dispose d'aides qui compriment convenablement la lèvre, l'hémorragie sera certainement moins considérable que dans l'opération faite sur la tête pendante.

Telle est, en effet, la conclusion que je dois tirer de ma propre expérience: avec le procédé que je viens d'indiquer j'ai opéré en une seule séance les becs-de-lièvre les plus étendus, même ceux qui étaient compliqués d'une saillie de l'os intermaxillaire, et cela le plus souvent dans la première semaine après la naissance; or je n'ai jamais observé d'hémorragie considérable, capable de déterminer une anémie grave ou la mort de l'enfant.

L'opération elle-même consiste dans *l'avivement et la suture des bords de la fissure*; lorsque la perte de substance est considérable, il faut, en outre, pratiquer des incisions destinées à diminuer la tension des parties avivées. Pour l'avivement, on se sert de pinces à crochets, d'érignes, d'un bistouri et de ciseaux. Les incisions simples peuvent être faites à l'aide de ciseaux, mais, en général, le bistouri est préférable, bien que son emploi exige déjà une main plus exercée et sûre. On saisit la lèvre avec

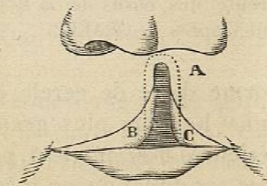


Fig. 62. — Bec-de-lièvre simple avec avivement rectiligne.

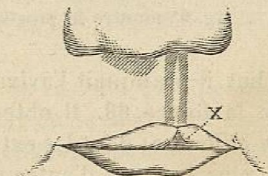


Fig. 62 a. — Aspect après la guérison.

les doigts ou avec une pince, on plonge le bistouri dans le bord de la fissure et, par des mouvements de va-et-vient, on obtient un avivement à large surface. On rejettera l'emploi d'instruments spéciaux, tels que des pinces particulières destinées à fixer la lèvre, ou une petite planchette en bois, sur laquelle on avive les bords de la fissure, etc.

Supposons d'abord que l'on ait affaire à un bec-de-lièvre simple allant jusqu'à la narine. Le procédé usité autrefois consistait à aviver les bords de la fissure à l'aide des ciseaux ou du bistouri, par deux incisions se rencontrant au sommet de l'angle formé par la perte de substance, puis à réunir la plaie par quelques points de suture. Un coup d'œil jeté sur les figures schématisées ci-jointes nous montre que ce procédé ne peut pour ainsi dire jamais donner un résultat parfait au point de vue de l'esthétique. Même dans le cas le plus favorable, où les bords de la fissure AB, AC ont la même hauteur et forment presque un angle droit en B et C avec le rebord de la lèvre, l'avivement rectiligne n'aura pas une longueur suffisante, et l'on ne pourra éviter la production d'une petite encoche au point X (Fig. 62, 62 a).

Cet inconvénient se fait sentir à un bien plus haut degré encore lorsque les bords de la fissure forment un angle obtus avec le bord libre de la lèvre (fig. 63), ou que les bords de la perte de substance sont aussi iné-

gaux que dans la figure 64. Et cependant les fissures se rapprochant des types de ces deux figures sont beaucoup plus communes que celles qui correspondent au type de la figure 62.

GRAEFE qui avait déjà fort bien reconnu cet inconvénient, chercha à allonger les bords de la fissure de façon à augmenter la hauteur de la lèvre et à faire disparaître l'échancrure du bord libre de cette dernière ;



Fig. 63 et 64. — Bec-de-lièvre avec forme différente des bords de la fissure. La fig. 63 montre le procédé d'avivement d'après V. GRAEFE.

dans ce but il pratiquait l'avivement en forme d'arc de cercle comme l'indique la figure 63. Il obtenait ainsi une hauteur plus grande des bords de la fissure, dont les extrémités inférieures descendaient, par conséquent, plus bas ; et, d'autre part, dans les cas de longueur inégale de ces bords, il pouvait déplacer à volonté l'angle supérieur de la suture au niveau de l'orifice nasal, ce qui est impossible dans le procédé d'avivement rectiligne.

Le procédé de GRAEFE n'est toutefois suffisant que dans les cas où la perte de substance est peu considérable. MALGAIGNE indiqua un pro-

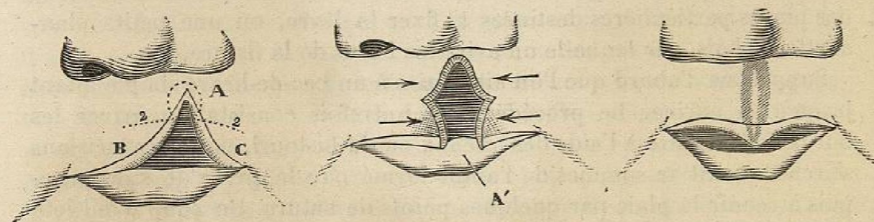


Fig. 65, 65 a et 65 b.

Avivement, suture et guérison d'après le procédé de MALGAIGNE.

céde applicable aux becs-de-lièvre très prononcés, et ayant pour effet certain d'augmenter notablement la hauteur de la lèvre, et de créer même une saillie sur le bord libre de cette dernière au lieu de l'échancrure que nous avons signalée. MALGAIGNE n'avait que la partie supérieure de la fissure en A par l'excision de l'angle (fig. 65), et de l'extrémité inférieure de cette partie avivée, il faisait partir deux incisions (fig. 65, 2, 2) dirigées de dedans en dehors. Les deux petits lambeaux triangulaires ainsi

obtenus, et formés par le bord libre et une portion du tissu de la lèvre, peuvent être renversés en bas (fig. 65 a), et bien que les bords de la plaie qui en résulte ne soient pas rectilignes, on peut néanmoins en obtenir la réunion comme l'indique la figure 65 b. A l'extrémité inférieure de la cicatrice, sur le bord libre de la lèvre, il reste une saillie, une sorte de petite trompe, qui, en cas de difformité persistante, peut-être réséquée dans la suite.

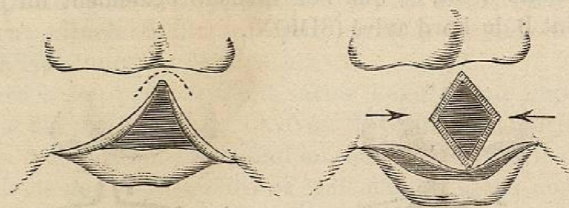


Fig. 66 et 66 a. — Incision et réunion d'après le procédé de NÉLATON.

Cette méthode a subi dans beaucoup de cas une modification consistant à ne rien enlever à l'angle supérieur de la fissure, à conserver les bords de cette dernière dans toute leur longueur, et à les rabattre en bas de façon à maintenir la continuité du bord libre de la lèvre. La perte de substance rhomboïdale qui en résulte peut être ensuite réunie en ligne droite par des sutures (NÉLATON). Fig. 66, 66 a.

Ces deux derniers procédés ne donnent cependant pas de bons résultats lorsque les bords de la fissure sont inégaux ; ces bords, en effet, peuvent avoir une hauteur très différente, et, d'autre part, on compte trop, dans ces procédés, sur la mobilité des tissus qui composent la lèvre.

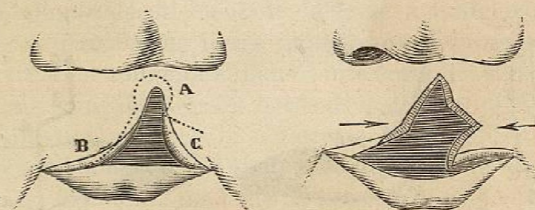


Fig. 67 et 67 a. — Procédé d'avivement de MIRAULT.

Un autre inconvénient qui se fait sentir dans les cas d'inégalité des bords de la fissure, consiste en ce que la petite saillie obtenue au niveau du bord libre de la lèvre se trouve située, non pas sur la ligne médiane, mais latéralement. C'est dans le but d'éviter cette asymétrie que MIRAULT a imaginé son procédé d'avivement. Ce dernier consiste à ne former le petit lambeau que d'un seul côté, tandis que, de l'autre côté, le bord de