

la fissure est avivé de façon à ce que le lambeau vienne s'y adapter exactement. Ce dernier sert à donner une plus grande hauteur au bord de la fissure qui présente en B un angle obtus (fig. 67 et 67 a). La hauteur de la lèvre en B se trouve ainsi augmentée par l'adjonction du lambeau C.

L'adaptation de l'extrémité du lambeau C d'un côté sur la partie avivée B du côté opposé s'obtient plus sûrement si l'on taille cette extrémité du lambeau à angle droit, et que l'on ménage également un petit angle droit au point B du bord avivé (SIMON).

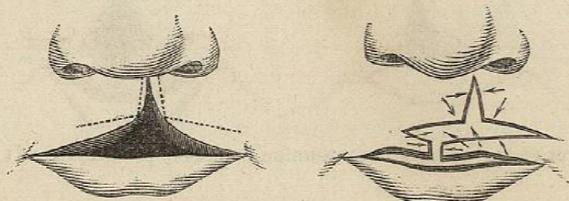


Fig. 68 et 68 a.

Les procédés typiques de MALGAIGNE et de MIRAULT sont ceux que l'on emploie le plus fréquemment. Bien souvent cependant ils ne permettent d'obtenir qu'une certaine correction imparfaite de la difformité, et la cause doit en être cherchée surtout dans le fait que l'on utilise la partie relativement mince de la lèvre qui borde la fissure pour fermer la perte de substance. Il arrive souvent alors que les deux lambeaux ne peuvent être affrontés assez exactement pour que les parties rosées se correspondent; ou bien la réunion ne s'opère pas comme on l'aurait désiré, et les petits lambeaux s'enroulent et forment à la partie moyenne

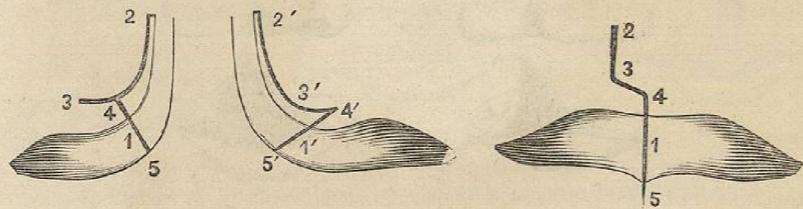


Fig. 69 et 69 a.

de la lèvre des saillies disgracieuses. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, j'ai complètement renoncé à me servir du rebord de la fissure pour la cheiloplastie; la petite bandelette de tissu obtenue par l'avivement de chacun des bords de la brèche labiale est, au contraire, complètement excisée. Cela fait, je taille de chaque côté un lambeau à l'aide d'une in-

cision horizontale parallèle au bord libre de la lèvre. Cette incision intéresse la partie cutanée, et, suivant le degré de mobilité que l'on désire obtenir, elle aura une longueur variable, de manière à former deux petits lambeaux d'une longueur d'un centimètre et d'une hauteur de 7 à 9 millimètres. Les deux lambeaux ainsi taillés peuvent être adaptés l'un à l'autre de façon que les parties rosées se correspondent bien exactement. On aura soin en faisant la suture de refouler légèrement en bas les petits lambeaux. Quant à la partie supérieure de l'avivement, elle a été déjà préalablement suturée. Enfin les deux bords de la plaie transversale sont réunis à leur tour (fig. 68 et 68 a).

Cette suture a son point faible, à savoir l'endroit où convergent les quatre angles des petits lambeaux avivés. HAGEDORN a tourné cette difficulté par la modification suivante dont nous donnons ici le dessin.

Cette méthode que nous employons également, comme nous allons le voir, dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, nous a donné de bien meilleurs résultats que toutes celles qui ont été inventées jusqu'à ce jour. Mais quel que soit le procédé d'avivement que l'on emploie, il existe cependant des cas dans lesquels la réunion ne peut être obtenue ainsi parce que la perte de substance est trop considérable; et bien que de nos jours on puisse pousser beaucoup plus loin qu'autrefois les tentatives de réunion grâce à la méthode antiseptique (les fils ne coupant pas les tissus alors même que les bords de la plaie présentent un certain degré de tension), cependant on sera assez souvent obligé de mobiliser les lambeaux avivés d'un seul ou des deux côtés en les détachant du maxillaire. Souvent il suffit d'un léger débridement du frein de la lèvre, ou bien on détache en outre du rebord alvéolaire le lambeau de l'autre côté, et lorsque la perte de substance n'est pas trop considérable, on continue le décollement jusqu'à ce qu'on puisse obtenir la réunion sans tension.

§ 67. — Le simple décollement de la lèvre a toutefois ses limites. Admettons le cas d'un bec-de lièvre unilatéral à fissure s'étendant jusque dans la narine, et compliqué d'une large fente du maxillaire; supposons que l'on vienne d'aviver les bords de la fissure labiale d'après le procédé de MIRAULT, comme le montre la figure 67, et que l'on se trouve dans l'impossibilité de réunir la plaie parce que le bord gauche de cette dernière est fixé, ainsi que l'aile du nez correspondante, à la partie antérieure du maxillaire gauche, lequel est fortement en retrait sur son congénère; on devra alors détacher largement du maxillaire la partie du nez et de la lèvre qui lui est adhérente (côté gauche dans la fig. 70). Dans ce but on attire la lèvre en l'écartant de l'os, et à l'aide de petits ciseaux de Cooper pointus, on divise d'abord l'insertion de l'aile du nez sur le maxillaire, puis plus en dehors on détache également la partie correspondante de la lèvre. Dans les formes graves du bec-de-lièvre on peut pousser très haut ce décollement du nez et de la joue, en ayant soin d'inciser toujours directement sur l'os. De temps en temps on adapte les

lambeaux afin de s'assurer si l'on peut pratiquer la suture sans trop de tension. Depuis des années je n'ai jamais eu recours, même dans les cas les plus graves, aux incisions libératrices dont nous aurons encore à parler ; la méthode que je viens de décrire m'a toujours suffi pour l'application des sutures, et je n'ai jamais observé d'écartement ultérieur des bords de la plaie. En outre cette méthode a le grand avantage qu'elle permet d'obtenir immédiatement une narine parfaitement modelée, ce qui n'est pas le cas avec les incisions latérales libératrices. — L'ancien procédé consistait à séparer par une incision externe l'aile

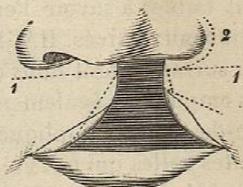


Fig. 70. — 1. Incision libératrice parallèle au bord libre de la lèvre. — 2. Incision libératrice contournant l'aile du nez. Avivement d'après le procédé de MIRAULT.

du nez de la lèvre, et à ne mobiliser que cette dernière seulement. Le moyen le plus simple d'obtenir ce résultat consiste à pratiquer une incision rectiligne parallèle au bord libre de la lèvre et partant de l'angle supérieur de la fissure directement au-dessous du nez (fig. 70, 1). On obtient ainsi un petit lambeau labial mobile de forme rhomboïdale. Cette incision est encore plus efficace lorsqu'on lui donne la forme d'un arc de cercle dirigé de haut en bas, parallèlement au con-

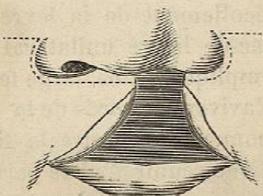


Fig. 71. — Incision sinuëuse de DIEFFENBACH.

tour de la lèvre, et qu'on la réunit à une seconde incision pratiquée le long du bord externe de l'aile du nez, dans le but de détacher cette dernière du maxillaire (fig. 70, 2).

DIEFFENBACH a imaginé un procédé qui diffère légèrement de celui dont nous venons de donner la description ; de l'angle supérieur de la fissure on fait une incision en arc de cercle contournant l'aile du nez, qu'elle sépare de la

lèvre ; puis, on pratique une incision latérale partant de l'extrémité supérieure de la première (incision sinuëuse de DIEFFENBACH).

On peut ensuite réunir les deux moitiés de la lèvre en négligeant provisoirement la formation de la narine correspondante, en face de laquelle se trouve placée la plaie résultant de l'incision latérale. L'inconvénient qui résulte tout d'abord de ce procédé, c'est que le nez paraît aplati et la narine trop grande du côté du bec-de-lièvre, parce qu'on n'a pas détaché l'aile du nez du maxillaire déprimé pour la reporter en avant. Il est vrai que cette déformation se corrige avec le temps, grâce à la pression qu'exerce la lèvre supérieure sur l'os intermaxillaire, tandis que le maxillaire (gauche dans nos figures), qui était en retrait, tend à se développer peu à peu. Mais l'aile du nez n'en reste pas moins aplatie, la narine est large et non arrondie. Quelquefois, après avoir pratiqué l'incision en arc de cercle, on peut essayer de détacher l'aile du nez dans une étendue suffisante pour permettre de la réunir à la cloison par des sutures, et de former ainsi une narine arrondie. Un moyen qui contribue à favoriser la guérison de la plaie, et à combattre l'aplatissement du nez, est celui qui consiste à pratiquer une sorte de suture enchevillée (BLASIUS) sous forme d'une épingle ou d'un fil d'ar-

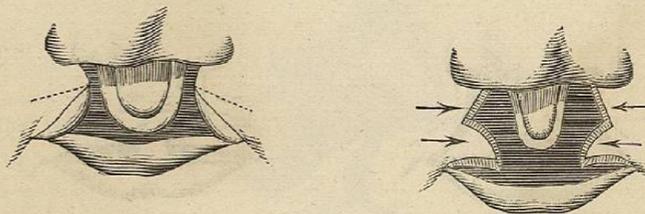


Fig. 72 et 72 a.

gent que l'on passe horizontalement à travers la partie inférieure du nez, de façon à en rapprocher les ailes l'une de l'autre. A vrai dire, ces essais sont, en général, d'une efficacité fort douteuse.

Nous donnons la préférence au procédé qui consiste à détacher simplement l'aile du nez et la lèvre de la surface du maxillaire. La plaie est ensuite réunie par des sutures entrecoupées. Nous nous servons de fils de soie très épais pour les sutures de détente, et de fils minces pour les sutures d'union. Quant aux sutures en plaque et autres du même genre, que HAGEDORN et KROENLEIN ont de nouveau utilisées dernièrement, nous sommes d'avis que l'on peut parfaitement s'en passer.

Les principes de traitement développés jusqu'ici s'appliquent également, *mutatis mutandis*, au bec-de-lièvre double. Si nous laissons de côté pour le moment les becs-de-lièvre doubles compliqués d'une saillie de l'os intermaxillaire en forme de trompe, nous aurons avant tout à discuter la question du mode d'utilisation du lobule médian de la lèvre qui repose précisément sur l'os incisif. La solution de cette question varie suivant le volume et la forme du lobule médian. Lorsque ce dernier a des dimensions à peu près normales, on l'avive en forme