




de  ou de  pour l'utiliser dans cet état ; quant à l'avivement des bords des portions latérales de la lèvre, on l'opère d'après l'un des procédés décrits plus haut, parmi lesquels celui de MALGAIGNE est souvent employé de préférence. Ce dernier procédé, en effet, donne précisément ici de bons résultats parce que la saillie qu'il détermine sur le bord libre de la lèvre se trouve alors située sur la ligne médiane, et correspond à la petite proéminence qui existe à ce niveau à l'état normal (*Voir fig. 72, 72 a*). Le procédé de MIRAULT rend également de bons services dans des cas semblables (V. LANGENBECK).

Mais lorsque le lobule médian est très peu volumineux et qu'en même temps, comme c'est généralement le cas, la cloison a subi un arrêt de développement, on préfère l'utiliser pour prolonger en bas cette dernière. Dans ce but on avive le lobule horizontalement et on l'adapte à l'un des lambeaux de la lèvre, ou bien on lui donne par l'avivement la forme d'un  et on le fixe entre les deux lambeaux latéraux. — On réservera expressément cette manière de procéder pour les cas dans les-

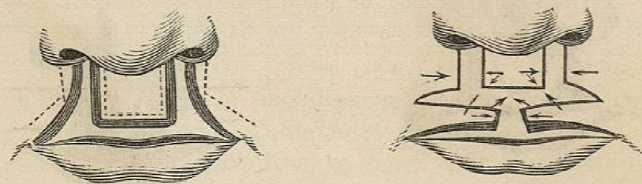





Fig. 73 et 73 a.

quels l'avivement en forme de  ne peut être pratiqué à cause des faibles dimensions du lobule médian. En effet, lorsque ce dernier est d'une largeur suffisante pour que l'on puisse l'utiliser pour la reconstitution de la lèvre, celle-ci n'est plus exposée à s'amincir de plus en plus par le fait d'une tension trop grande des tissus (SIMON).

Dans les cas où le lobule médian est suffisamment développé, au lieu de la méthode de MALGAIGNE, nous avons aussi utilisé le procédé décrit plus haut consistant à détacher largement la lèvre de la surface du maxillaire. Les bords de la fissure sont sacrifiés, ce qui augmente, il est vrai, considérablement la perte de substance. On taille ensuite des deux côtés une bande de 7 à 8 millim. de hauteur, et les deux petits lambeaux ainsi obtenus sont abaissés et réunis entre eux et avec les bords avivés en  du lobule médian (fig. 73, 73 a).

Dans les becs-de-lièvre doubles, la tension des tissus est parfois si grande après l'application des sutures, que la réunion simultanée des deux fissures ne peut être obtenue que si l'on a recours à de grandes incisions latérales. Aussi a-t-on modifié de diverses manières le procédé opératoire. C'est ainsi que l'on a réuni d'abord l'un des lambeaux latéraux de la lèvre avec le lobule médian, puis, une

fois la guérison obtenue de ce côté, on a pratiqué l'avivement et la suture de l'autre fissure. Le meilleur procédé consiste alors à aviver en forme de  le lobule médian, puis à réunir les bords de la fissure d'après la méthode de MIRAULT (BAUM). L'opération en deux séances peut-être parfaitement justifiée dans certaines circonstances, mais en présence des avantages que présente, surtout dans les cas dont il s'agit, une réunion immédiate et complète de la double fissure, on ne devra l'employer qu'à la dernière extrémité. Quant à nous, il ne nous est plus arrivé depuis bien longtemps d'être obligé de recourir à ce procédé.

Il arrive parfois qu'à la suite de la réunion de larges becs-de-lièvre le raccourcissement que subit la lèvre supérieure s'accompagne d'une saillie disgracieuse

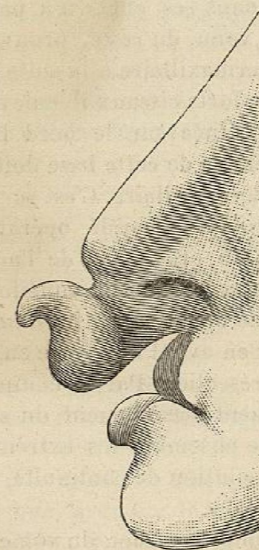


Fig. 74. — Os intermaxillaire proéminent en forme de trompe (Vue de profil, d'après V. BRUNS).

de la lèvre inférieure. On peut facilement corriger cette déformation par une excision cunéiforme d'une portion de la lèvre devenue trop large (SIMON).

§ 68. — Les conditions les plus difficiles se trouvent réalisées dans les cas de *fissure double du maxillaire dans lesquels le lobule médian, affectant la forme d'une petite trompe, repose sur l'os intermaxillaire fortement proéminent et situé presque à la pointe du nez*. Il est impossible dans ces cas de réunir simplement les lambeaux de la lèvre au devant de la saillie osseuse (*Voir fig. 74*). Autrefois, sur le conseil de DUPUYTREN, on pratiquait la résection de l'os intermaxillaire (tubercule osseux médian) après en avoir détaché les parties molles que l'on laissait en continuité avec l'extrémité du nez. Cette opération, il est vrai, facilite en général beaucoup la réunion de la lèvre, mais comme, dans ce procédé, on renonce tout à fait à fermer en avant la lacune que présente l'arcade

alvéolaire, la difformité qui en résultera plus tard sera très considérable. De nos jours, l'ablation du tubercule médian n'est plus guère justifiée, à notre avis, bien que cette opération continue à être pratiquée comme le prouvent les cas tout récents qui ont été publiés. Mieux vaudrait détacher le nez et les lèvres du maxillaire et faire de grandes incisions latérales d'après le procédé décrit plus haut. D'ailleurs des progrès très notables ont été réalisés dans le traitement de la position vicieuse de l'os incisif. Déjà GENSOUL avait conseillé de produire une fracture du vomer par une pression énergique exercée sur l'os intermaxillaire, ce qui permettait de refouler ce dernier en arrière. Ce procédé brutal et peu sûr dans ses effets n'a pas trouvé beaucoup de partisans, et BLANDIN est venu, du reste, prouver la possibilité d'obtenir la réduction de l'os intermaxillaire à la suite d'une excision triangulaire du vomer. A l'aide de forts ciseaux il enlevait du vomer un fragment triangulaire, à base située sur le bord libre de ce dernier, en arrière de l'os incisif; l'étendue de cette base doit être proportionnelle à la saillie que forme l'os intermaxillaire. C'est surtout BRUNS qui a eu le mérite de mettre en pratique ce procédé opératoire. Pour éviter l'hémorragie assez considérable provenant de l'artère naso-palatine, ce chirurgien, avant de pratiquer l'excision cunéiforme, passait à travers le vomer deux fils venant se nouer sur le bord inférieur de l'os; l'un de ces fils traversait le vomer en avant et l'autre en arrière de la perte de substance produite par la résection. Par la compression qu'ils exercent une fois liés ces fils empêchent l'écoulement du sang par l'artère naso-palatine. En nouant ensuite ensemble les extrémités des deux fils on rapproche les bords de la solution de continuité, et l'os intermaxillaire se trouve ainsi attiré en arrière.

Dans nombre de cas la simple incision du vomer, au lieu de l'excision, suffit pour corriger la position vicieuse de l'os intermaxillaire (V. LANGENBECK). BARDELEBEN le premier a indiqué un procédé très pratique permettant de restreindre l'hémorragie à un minimum, tout en ne laissant qu'une déformation très peu marquée. DELORE et MIRAULT ont publié le même procédé très peu de temps après BARDELEBEN. On commence par faire sur le bord inférieur du vomer une incision longitudinale partant de quelques lignes en arrière de l'os intermaxillaire, et divisant la muqueuse et le périoste. Cette incision se prolonge en arrière sur une longueur correspondante à celle dont on doit déplacer l'os incisif d'avant en arrière. A l'aide d'une rugine on détache des deux faces du vomer la membrane muqueuse et périostée dans une étendue suffisante pour que l'on puisse introduire entre cette membrane et l'os de forts ciseaux bien tranchants jusqu'à une hauteur de 1 1/2 à 2 centimètres, puis on divise le vomer d'un coup de l'instrument. Cette opération ne s'accompagne pas d'hémorragie, l'artère étant simplement détachée de l'os, et non pas sectionnée. L'os intermaxillaire devient

alors mobile, et peut être refoulé en arrière. On fait ainsi glisser le fragment antérieur sur celui des côtés du fragment postérieur qui permet de corriger le mieux la déviation latérale que présente habituellement l'os intermaxillaire. Quant à la suture de la fissure labiale, on ne la pratiquerait que 3 à 6 semaines après cette première opération, suivant le conseil de BARDELEBEN, conseil que l'on a encore souvent renouvelé et suivi de nos jours, comme le prouvent les discussions se rapportant à cette question.

Récemment ROSE (voir FRITSCHÉ) a de nouveau donné la préférence au procédé consistant à sectionner, à l'aide de forts ciseaux, le bord inférieur du vomer tout à fait superficiellement, sur une longueur d'à peine un demi-centimètre, à une certaine distance en arrière de l'os intermaxillaire, puis à chasser de force ce dernier dans la fente alvéolaire à l'aide du pouce appliqué sur le nez, de façon à déterminer une fracture de la cloison. Les observations de FRITSCHÉ ne parlent pas en faveur de ce procédé; car, d'une part, comme le dit ROSE, un pansement particulier est nécessaire pour maintenir le vomer dans sa nouvelle position; d'autre part, dans un grand nombre de cas, la méthode de ROSE n'a pas réussi à donner à l'os intermaxillaire une position normale; on le comprend aisément, si l'on songe que la cloison ayant subi une inflexion, et non une fracture complète, tend à se redresser à la manière d'un ressort.

Mais admettons que par l'une ou l'autre de ces deux méthodes — nous donnons sans hésitation la préférence à celle de BARDELEBEN — on ait réussi à refouler en arrière l'os intermaxillaire; il s'agit maintenant de savoir si nous avons des moyens qui permettent de maintenir cet os fixé dans sa nouvelle position. Quelquefois l'os incisif s'adapte parfaitement à la lacune que présente le maxillaire, et s'y maintient sans aucun moyen de fixation; dans d'autres cas, il est trop large, et il faut alors en retrancher les coins, ce qui souvent n'est pas possible sans supprimer par le fait un germe dentaire. Dans l'un et l'autre cas on peut suturer après avivement les surfaces osseuses en contact, ou bien former aux dépens de leur revêtement muco-périosté de petits lambeaux que l'on réunit ensuite (V. LANGENBECK). L'os intermaxillaire se trouve-t-il être, au contraire, trop petit, BARDELEBEN conseille de le fixer dans sa nouvelle position au moyen d'une gouttière de gutta-percha.

Pour ma part je n'ai retiré aucun avantage sérieux des divers procédés que je viens d'exposer. A mon avis, la suture immédiate de la lèvre supérieure au-devant de l'os intermaxillaire constitue, par la pression qu'elle exerce grâce à son état de tension, le meilleur moyen dont nous disposons pour maintenir l'os dans sa nouvelle position. Les résultats que j'ai obtenus par cette méthode ont été très satisfaisants. Aussi ai-je complètement renoncé depuis plusieurs années à pratiquer l'avivement latéral de l'os incisif, ou à former de petits lambeaux muco-périostés: je