

refoule l'os intermaxillaire en arrière d'après le procédé de BARDELEBEN, et je pratique immédiatement la suture de la lèvre. L'os en question se trouve alors fixé d'une façon suffisamment solide, mais ne se soude pas avec le maxillaire. Au moment où l'on refoule en arrière l'os intermaxillaire, on devra bien examiner de quel côté du vomer doit être opéré le déplacement pour que l'os vienne se loger bien exactement dans la fente alvéolaire. Habituellement l'os intermaxillaire et le vomer présentent une légère déviation latérale, et c'est, par conséquent, du côté opposé à cette déviation que l'on fera glisser le fragment antérieur du vomer sur le fragment postérieur.

Un fait absolument incompréhensible pour moi, c'est le grand nombre de contradicteurs que rencontre encore de nos jours cette méthode opératoire, qui ne présente cependant point de difficulté, et n'entraîne pas une perte de sang capable d'affaiblir d'une façon notable des enfants vigoureux. A mon avis la réunion du bec-de-lièvre double au-devant de

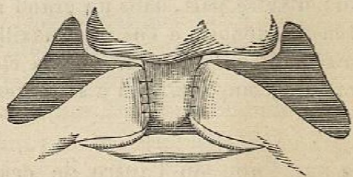


Fig. 75. — Formation des lambeaux dans le bec-de-lièvre compliqué, d'après SIMON.

l'os incisif, après réduction de ce dernier, est une opération facile, et le plus souvent il n'est pas nécessaire de pousser bien loin le décollement de l'aile du nez et de la lèvre. Elle est certainement plus aisée que la réunion du bec-de-lièvre unilatéral avec large fissure alvéolaire. Je ne me suis jamais servi d'un procédé de suture particulier pour cette opération, mais j'ai soin de pratiquer la suture ordinaire d'une façon très exacte.

L'excision cunéiforme de BLANDIN a l'inconvénient de produire un traumatisme d'une certaine gravité ; d'autre part, l'os intermaxillaire, refoulé dans la fente des maxillaires, n'a pas de tendance à se souder avec ces derniers : c'est pourquoi SIMON a préféré ramener peu à peu en arrière l'os intermaxillaire, à l'aide de la pression continue exercée par deux lambeaux pris dans le voisinage de l'aile du nez, et réunis au lobule médian avivé en forme de coin ou verticalement. Ce procédé consiste à pratiquer d'abord, de chaque côté, une incision en arc de cercle contournant l'aile du nez, et de laquelle part une autre incision courbe à convexité dirigée en dehors, et se terminant à un demi-centimètre au-dessus et en dehors de la commissure des lèvres. Ces incisions circonscrivent deux lambeaux très extensibles, dont la partie détachée au niveau de l'aile du nez vient se suturer au lobule médian préalablement avivé.

Quant à la suture proprement dite de la fissure labiale, elle n'est pratiquée que plus tard, lorsque l'os intermaxillaire a fui en arrière grâce à la pression du lambeau. Dans un cas, SIMON a apporté à son procédé une modification consistant à ne suturer d'abord qu'un côté, puis à réunir l'autre six semaines plus tard. J'ignore si cet auteur a continué à faire usage de son procédé depuis que BARDELEBEN a fait connaître sa méthode perfectionnée de réduction de l'os intermaxillaire.

§ 69. — Dans l'opération du bec-de-lièvre la suture à points séparés (entrecoupée) est parfaitement suffisante. Beaucoup de chirurgiens se servent de préférence d'épingles pour les sutures profondes destinées à affronter les bords de la plaie sur une large surface (suture entortillée) ; d'autres préfèrent la suture à plaques.

La manière d'appliquer les sutures est d'une grande importance. Les sutures profondes ou de détente (SIMON) doivent être placées à un ou deux centimètres des bords avivés de la fissure, et comprendre toute l'épaisseur de la lèvre jusqu'à la muqueuse. Le nombre de ces sutures de détente dépend du degré de tension des parties à réunir, ainsi que de la hauteur de la lèvre. S'agit-il d'un bec-de-lièvre simple, on commence par appliquer une de ces sutures au milieu de la fissure, c'est-à-dire au niveau de l'angle lorsqu'on a pratiqué l'avivement d'après la méthode de MALGAIGNE ou de MIRAULT. S'il y a peu de tension des bords de la plaie, on peut se contenter d'une seule suture de détente ; dans le cas contraire il faut en ajouter une au-dessus et une autre au-dessous de la première. La réunion linéaire proprement dite est ensuite effectuée au moyen de sutures superficielles pratiquées près du bord de la plaie en nombre suffisant. Après les sutures de la peau on procède aux sutures de la muqueuse destinées à fixer dans une position convenable les petits lambeaux obtenus par les procédés de MIRAULT ou de MALGAIGNE ; dans ce dernier procédé surtout les lambeaux ont, en effet, une grande tendance à glisser l'un sur l'autre. Pour ces sutures on se sert de fils de soie de Chine des plus fins numéros. J'ai l'habitude de réunir par deux ou trois fils fins de catgut la partie muqueuse des petits lambeaux de la lèvre.

Pour obtenir une guérison par première intention sans phénomènes inflammatoires, il est de la plus grande importance que l'on se serve également, autant que possible, de la méthode antiseptique dans les opérations de bec-de-lièvre. Sans elle je n'aurais jamais pu tenter, comme je l'ai fait, presque toujours avec succès, dans ces derniers temps, de réunir les lambeaux de la lèvre détachés préalablement du maxillaire en même temps que l'aile du nez, et soumis à une tension considérable ; il ne m'est presque jamais arrivé de voir les sutures couper les tissus. Avant l'opération la figure est lavée avec une éponge imbibée d'une solution phéniquée ; on opérera qu'avec des doigts, des instruments et des éponges parfaitement aseptiques. L'opération terminée, tous les restes

de sang sont enlevés soigneusement à l'aide d'éponges phéniquées. Puis on recouvre la lèvre d'une couche épaisse d'onguent boriqué (1:10); ce dernier peut arriver sur la ligne de suture de la muqueuse sans qu'il en résulte pour l'enfant aucun inconvénient. On applique ensuite une petite pièce de lint boriqué de la largeur et de la longueur de la nouvelle lèvre, et on la fixe à l'aide d'une large et longue bandelette de taffetas anglais, dont on colle les extrémités sur les joues. Cette bandelette a donc pour but, non pas d'attirer les joues en avant vers la plaie, mais bien de maintenir en place l'onguent et le lint boriqués. Ce pansement ne se déplace pas facilement, et est d'ailleurs facile à renouveler. Habituellement on le change deux fois par jour, et chaque fois on applique une couche fraîche d'onguent boriqué. Sous ce pansement il ne se produit ni gonflement ni rougeur de la peau, mais il faut un peu plus de temps pour obtenir une réunion solide. C'est pourquoi, lorsque la tension est un peu forte, on n'enlève les sutures de soutien qu'entre le quatrième et le septième jour.

Aujourd'hui encore, je ne puis que conseiller fortement l'emploi de ce pansement, dont je me sers déjà depuis cinq ans. Toutes les tentatives pour le modifier ont échoué. J'ai essayé aussi l'iodoforme, que j'ai ensuite abandonné également.

Pendant les premiers jours il faut prendre garde que l'enfant ne porte pas les doigts à la plaie. Dans les cas de bec-de-lièvre à large fissure il peut arriver que la suture ait pour conséquence de rétrécir considérablement l'orifice buccal, ainsi que les narines, ce qui entraîne facilement des phénomènes d'asphyxie, d'autant plus que le gonflement qui survient bientôt tend à rétrécir encore davantage les orifices du nez. C'est pourquoi pendant les premiers jours l'enfant doit être surveillé constamment, et s'il survenait des symptômes d'asphyxie, on les combattrait en ouvrant et maintenant ouverte la bouche du petit opéré (BUSCH). De nombreux essais ont démontré que des nourrissons peuvent téter sans inconvénient avec leur lèvre fraîchement suturée; toutefois, des déplacements de la portion muqueuse de la suture se produisent facilement dans ces conditions. Aussi est-il en général préférable de nourrir l'enfant, pendant la durée de la guérison, à l'aide d'un biberon ou d'une petite cuiller. Lorsque le petit opéré pousse des cris fréquents, on peut le calmer par l'administration de très petites doses d'opium (tout au plus une goutte de teinture d'opium chez le nouveau-né); car les tiraillements qui se produisent alors au niveau de la plaie pourraient fort bien compromettre le résultat de l'opération.

Pour enlever les sutures on fait tenir la tête de l'enfant de la même manière que pour l'opération. S'il s'était formé des croûtes adhérentes, il suffirait pour les détacher, de les enduire préalablement d'un corps gras. Les sutures d'union proprement dites, ou superficielles, doivent être enlevées les premiers jours après l'opération; quant aux sutures

de détente, elles peuvent être laissées en place jusqu'au cinquième et même jusqu'au huitième jour, pourvu qu'il ne se produise pas de suppuration notable de leur trajet. Nous ne croyons guère à l'utilité de bandelettes étroites, dont les bouts sont fixés aux joues à l'aide de colloidion, et que l'on emploie dans l'idée de prévenir l'écartement des bords de la plaie après l'ablation des sutures.

En général, nous déconseillons également l'emploi d'autres appareils et pansements imaginés dans le but d'attirer les joues et les oreilles dans la direction de la plaie suturée, de façon à diminuer la tension de cette dernière. Il est rare qu'ils rendent quelque service, tandis que bien souvent ils augmentent l'agitation de l'enfant et sont, dès lors, plutôt nuisibles qu'utiles. Ils sont surtout nuisibles lorsque l'opérateur, comptant sur leur efficacité, néglige l'emploi de la méthode antiseptique, et ne cherche pas dans le procédé opératoire lui-même le moyen de prévenir une tension trop grande de la plaie.

Dernièrement, WOLF a tenté de corriger les déformations qui subsistent quelquefois au niveau du bord libre de la lèvre à la suite de l'opération du bec-de-lièvre, et se présentent sous la forme d'une encoche médiane ou latérale, alors que, d'autre part, la lèvre reconstituée se trouve dans un état de tension relativement considérable. Il s'est servi dans ce but du procédé de LANGENBECK, consistant dans le déplacement du bord libre de la lèvre, procédé qui a donné d'excellents résultats au point de vue esthétique. Le bord libre de la lèvre presque tout entier est séparé du reste de lèvre jusque près des commissures, puis déplacé vers la ligne médiane, et fixé par des sutures dans sa nouvelle position. Les deux moitiés du bord libre détaché se trouvent ainsi accolées l'une à l'autre dans une certaine étendue de leur surface saignante, et sont réunies perpendiculairement par des sutures, de façon à former une forte saillie sur la ligne médiane, c'est-à-dire précisément au point où la lèvre présente à l'état normal une légère proéminence. La suture, dans son entier, affecte ainsi la forme d'un T. La portion descendante, d'abord informe, se ratatine peu à peu dans la suite, et finit par n'avoir plus que les dimensions de la saillie normale à ce niveau. WOLF a également employé avec succès ce procédé légèrement modifié dans les cas de bec-de-lièvre à fissure peu profonde.

Les vices de développement congénitaux de la lèvre inférieure sont relativement de peu d'importance. On a observé quelques rares exemples de fissure médiane, due évidemment à la fermeture incomplète de l'arc branchial correspondant. Mentionnons en outre la difformité congénitale décrite par ROSE sous le nom de fistule double ou de trompe de la lèvre inférieure. Des chirurgiens français ont publié les premiers un certain nombre d'observations de ce vice de conformation, qui s'observe surtout en même temps que des fissures graves du maxillaire supérieur, et est très souvent héréditaire dans certaines familles. ROSE a ramené également cette fistule double à un arrêt du développement embryonnaire; d'après cet auteur il s'agirait de la réunion incomplète des bourgeons latéraux du maxillaire inférieur avec le bourgeon médian ou mentonnier décrit exactement par DURSUS. La portion