

prolongée donne des résultats assez avantageux. On croirait, dans certains cas, que les dents vont rester à découvert; mais la portion restante de la lèvre s'élève, la muqueuse buccale la recouvre et y adhère, et la difformité disparaît. On peut pratiquer cette excision avec le bistouri ou les ciseaux. Le manuel est simple. Nous avons enlevé de cette manière, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, tout le bord libre de la lèvre inférieure de l'une à l'autre commissure. On est rarement obligé de lier les vaisseaux. Les incisions simples intra-buccales de la muqueuse facilitent immédiatement le déplacement de cette membrane et permettent de la ramener sur la plaie, mais l'effet n'est souvent que temporaire et la lèvre est plus tard tirée en arrière; pour arriver à une restauration régulière, il faudrait détacher un ou deux lambeaux muqueux perpendiculairement au bord de la lèvre, les renverser transversalement sur la plaie et les y assujettir. On pourrait encore les emprunter à l'intérieur des joues.

Si la dégénérescence s'étend plus en hauteur qu'en largeur, on la circonscrit entre deux incisions en V, que l'on réunit par la suture entortillée.

La commissure labiale est-elle affectée, on l'embrasse entre deux incisions semi-lunaires rapprochées ensuite par quelques points de suture.

On est quelquefois obligé de sacrifier une grande étendue de parties. Dans ce cas, on a recours à l'autoplastie pour réparer les pertes de substance et remédier aux difformités. (Voy. *Chéioplastie*, procédé de M. Desgranges, de Lyon etc.).

Le point capital, dans les excisions pratiquées sur les lèvres, est de conserver assez de membrane muqueuse pour reconstituer le bord libre de l'organe et en rétablir la forme et les fonctions. Le procédé qui conduit le plus sûrement à ce résultat, et que nous avons appliqué un grand nombre de fois avec succès, consiste dans des incisions propres à relâcher la muqueuse et à permettre de l'attirer au devant du nouveau bord libre des lèvres, où on la fixe par la suture en surjet.

Dans le cas où l'on a enlevé la totalité de la lèvre et où on la remplace par des portions correspondantes des téguments des joues, du menton ou du cou, on obtient, par des incisions appropriées, le détachement de la muqueuse et de véritables lambeaux, que l'on applique sur le bord libre de la plaie.

Ces cancers, de nature épithéliale, doivent être enlevés, au delà de leurs limites, si l'on veut éviter les récidives. Il est utile de tracer d'avance avec de l'encre, ou toute autre substance colorante, le trajet des incisions; autrement les tractions opérées par les aides

pendant le cours de l'opération changent les rapports et la forme des tissus, et l'on est exposé à pratiquer des sections irrégulières. Quand l'os maxillaire est envahi, on doit en réséquer très-large-ment les parties malades sous peine de rechutes, auxquelles on échappe rarement malgré toutes les précautions.

**Bec-de-lièvre.** On appelle ainsi la division des lèvres dont les bords sont cicatrisés isolément.

*Variétés.* Ce vice de conformation est congénital ou acquis.

Le bec-de-lièvre congénital s'observe presque exclusivement à la lèvre supérieure.

Il est simple, double ou compliqué. Dans le premier cas, la lèvre est divisée, plus ou moins haut, sur l'une des arêtes qui bornent la dépression sous-nasale, sous forme de demi-cercle.

Ce bec-de-lièvre est fréquent, et c'est à gauche qu'il a lieu le plus souvent, suivant une loi tératologique générale.

Trois faits, l'un de Nicati, l'autre de Blandin, le troisième existant au Musée de Strasbourg, prouvent que le bec-de-lièvre se rencontre quelquefois sur la ligne médiane.

Dans le bec-de-lièvre double, la séparation siège sur les deux arêtes en même temps, de manière à circonscire un petit lambeau médian.

Le bec-de-lièvre peut être compliqué de déviation en avant des dents correspondant à la fente; de saillie du rebord alvéolaire; de la projection et de la mobilité de l'os incisif; de la prolongation de la fente sur la joue, complication fort rare et que l'on connaît sous le nom de *fissure congénitale des joues*; de la bifidité du lobe ou des ailes du nez; de la division plus ou moins complète de la voûte palatine, et de celle du voile palatin; de la bifidité simple de ce dernier; d'absence complète de la voûte, du palais, et du vomer, monstruosité appelée *gueule de loup*.

*Age auquel on doit opérer.* Les chirurgiens sont divisés d'opinion à cet égard. Les uns veulent que l'on se hâte d'opérer; les autres que l'on diffère. Ceux-ci se fondent sur le peu de résistance des tissus pendant les premiers temps de l'existence, sur l'inconvénient de la diète imposée à un tout jeune enfant; sur ce que, à l'âge de quatre ou cinq ans, époque à laquelle ils veulent que l'opération soit reculée, l'enfant comprendra les avantages à en retirer. Ce sont là des raisons insuffisantes, et nous nous rangeons à l'opinion de ceux qui conseillent d'opérer immédiatement après la naissance les becs-de-lièvre simples. La sensibilité est peu développée à cette époque; les nouveau-nés peuvent, sans en souffrir beaucoup, ne pas prendre immédiatement le sein, et rien n'est plus facile que

de leur faire avaler, sans nuire à la plaie, par le simple abaissement de la lèvre inférieure à l'aide du doigt, quelques cuillerées d'eau lactée et sucrée. On différerait l'opération si la santé semblait compromise. Beaucoup d'enfants succombent dans les premiers temps de leur naissance, et il est prudent de n'opérer que ceux dont la vie est assurée.

**Bec-de-lièvre simple.** Le bec-de-lièvre présente trois indications : 1<sup>o</sup> l'avivement des bords ; 2<sup>o</sup> la réunion ; 3<sup>o</sup> le maintien de la réunion.

*L'appareil* se compose : 1<sup>o</sup> de ciseaux ou d'un bistouri ; 2<sup>o</sup> d'une pince-érigne ou de pinces ordinaires ; 3<sup>o</sup> de plusieurs épingles fines ou d'aiguilles d'or à pointe d'acier ; 4<sup>o</sup> d'un long fil ciré ; 5<sup>o</sup> de petites éponges ; 6<sup>o</sup> d'une bande roulée à deux globes, d'une fronde, de compresses, d'un compresseur etc.

La forme, l'épaisseur, la composition des aiguilles ont beaucoup varié, et on se sert assez fréquemment aujourd'hui de sutures métalliques filiformes.

Le sujet est placé sur une chaise, ou, si c'est un enfant, sur les genoux d'un aide. Un autre aide est chargé de maintenir la tête ; un troisième présente les instruments. Le chirurgien est assis en face du patient.

*Avivement.* Abul-Kasem employait le fer chaud, Hunter le nitrate d'argent, Chopart deux bandelettes de vésicatoire. L'avivement sanglant est aujourd'hui le seul en usage. On a discuté la supériorité du bistouri ou des ciseaux. Cette question est généralement résolue dans la pratique en faveur de ciseaux droits, pointus, bien évidés et d'une force proportionnelle à la résistance des tissus. Si l'on se servait du bistouri, il faudrait avoir une lame de carton pour soutenir la lèvre et garantir les parties sous-jacentes. Les anciens faisaient usage de pinces appelées *morailles*, dont une des branches, plus large que l'autre, remplaçait le carton.

Soit un bec-de-lièvre siégeant à gauche. On commence par détacher, de chaque côté, la lèvre du bord alvéolaire, auquel elle adhère par un repli de la muqueuse. On procède généralement à ce temps de l'opération avec un bistouri. On saisit ensuite la partie gauche de la solution de continuité avec les doigts ou au moyen d'une pince-érigne, et l'on coupe d'un seul coup, s'il se peut, toute la surface libre de ce côté, avec le soin d'en dépasser un peu l'extrémité supérieure. Le petit lambeau détaché doit à peine avoir un ou deux millimètres d'épaisseur. On en fait autant du côté opposé. Les deux incisions circonscrivent un  $\Lambda$  que l'on enlève ou que l'on achève d'exciser, et l'avivement est terminé.

Ce temps de l'opération est délicat. L'incision doit porter sur la peau et par conséquent rester un peu en dehors du bourrelet rosé de la muqueuse. La lèvre sera plus ou moins haute, selon que l'avivement aura été porté plus ou moins loin. Si les petits lambeaux excisés sont courts, la lèvre manquera de hauteur et présentera une encoche.

*Réunion.* On emploie exclusivement aujourd'hui la suture sanglante pour réunir le bec-de-lièvre, et la suture sèche (agglutinatifs) n'est qu'auxiliaire.

On a proposé diverses espèces de sutures. Paré employait la suture entortillée, universellement adoptée de nos jours. On commence par le côté gauche de la solution de continuité, que l'on saisit comme pour l'avivement, et l'on place, en premier lieu, l'aiguille inférieure, afin d'assurer la régularité du bord libre de la lèvre. On enfonce l'aiguille à 0<sup>m</sup>,006 en dehors du bord rafraîchi de la solution de continuité, dans l'épaisseur même du rebord muqueux de la lèvre, ou à un millimètre au-dessus de ce bord, ce qui nous paraît préférable, et on la fait pénétrer obliquement jusqu'auprès de la muqueuse buccale. Arrivé là, le chirurgien saisit le côté droit et le traverse d'arrière en avant et de gauche à droite, et fait sortir l'aiguille à la même distance de la plaie tégumentaire que du côté opposé. On fait décrire ainsi à l'instrument une courbe à convexité postérieure, dans le but d'éviter qu'il ne subsiste une fissure intérieure ou intra-buccale, ce qui est peu à redouter. On jette par-dessus l'aiguille une anse de fil, dont les chefs sont confiés à un aide. On place alors la seconde aiguille un peu au-dessous de l'angle supérieur de réunion des deux bords de la plaie, et l'on en met une troisième entre les deux premières. Ces aiguilles doivent suivre dans les parties un trajet directement horizontal et se trouver placées à la rencontre des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de l'épaisseur de la lèvre. Nous mettons en outre une aiguille plus fine dans le bourrelet muqueux pour en mieux assurer la coaptation.

Le chirurgien, armé d'un fil ciré, décrit des croisés en  $\infty$  de chiffre autour de chaque aiguille, et passe de l'une à l'autre au moyen de croisés en X, avec la précaution d'éviter une trop grande striction. Nous nous bornons, autant que possible, à des points de suture simples et isolés et nous plaçons entre eux une bandelette de taffetas au collodion, ou quelques brins de fil plat enduits de cette substance avec un pinceau, et étendus sur les points dont on redoute l'écartement. On termine en excisant les extrémités des épingles que l'on soutient avec un petit morceau de linge cératé ou de diachylon, pour prévenir l'érosion de la peau.