

La réunion est maintenue par la suture, dont on se contente habituellement. Mais s'il paraît nécessaire de recourir à des moyens accessoires, on applique sur chaque joue une pièce carrée d'un emplâtre fortement adhésif, dont le bord antérieur est percé d'ouvertures dans lesquelles sont placées deux ou trois anses de fil : on les croise sur la lèvre entre les aiguilles et, en les tirant en sens contraire, on rapproche les bords de la plaie. Ce moyen de contention a peu de solidité. L'appareil le plus employé est celui-ci : on couvre la tête du malade d'un bonnet et, plaçant le plein d'une bande étroite à deux globes sur le front, on la conduit vers la nuque, où on la croise, puis on la reporte en avant et au-dessous des oreilles sur les joues, garnies de deux compresses graduées. La bande croisée sur la lèvre opérée en rapproche nécessairement les

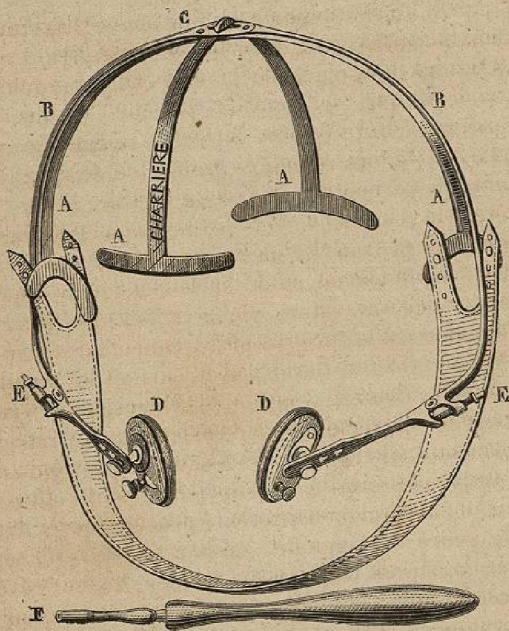


Fig. 363.

deux côtés, et après avoir reporté la bande sur la nuque, on la ramène à son point de départ, où on la fixe. Ce bandage unissant, que nous avons vu souvent en usage, tient mal, comprime la lèvre et nous a toujours paru inutile et dangereux. Nous préférons l'emploi d'un bandage à ressort (voy. fig. 363) qui embrasse la tête

à A A A C, et appuie en avant sur le front et en arrière sur l'occipital. Ce bandage offre, en outre, de chaque côté des tiges mobiles E E, soutenant un coussin ovalaire D D en cuir, destiné à repousser les joues en avant et en dedans. La mobilité des coussins permet d'en varier la position au moyen d'un tourne-vis F, et d'éviter une pression dont la continuité ferait le danger. Nous fixons ordinairement aux tiges des coussins un ruban que nous nouons au devant de la lèvre et qui en rapproche les deux moitiés et en assure mieux la réunion. Il est rare que cet appareil, dont nous avons plusieurs modèles à notre clinique, soit nécessaire pour les becs-de-lièvre simples, mais il nous a rendu service dans quelques cas compliqués, sur des enfants dont les contractions et les efforts compromettaient la réunion, ou pour prévenir la trop grande distension et la rupture d'adhésions déjà formées.

Accidents. Après l'opération on a vu une hémorrhagie entraîner la mort, l'enfant avalant le sang à l'insu du chirurgien.

Nous avons signalé le danger de la suffocation produite par la mobilité de la lèvre qui, se trouvant pendant les inspirations entraînée en arrière, obture l'orifice buccal et amène une asphyxie lente et mortelle, si le nez rempli de croûtes ou de sang, comme il arrive souvent, ne permet pas le passage de l'air.

Les fils ulcèrent la peau rapidement par pression et étranglement et laissent des cicatrices transversales difformes. Il est nécessaire de les enlever dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération et de les remplacer par une suture sèche (taffetas ou fil au colloidion). L'inflammation est la cause la plus fréquente des insuccès.

Enlèvement des aiguilles. Garangeot ne laissait les aiguilles en place que vingt-quatre heures. Beaucoup de chirurgiens en retirent une le troisième jour et remettent au lendemain l'extraction des autres, en conservant quelques jours encore les fils qui, durcis par le sang et un peu de sérosité sanguinolente, font l'office d'agglutinatifs, mais une ulcération dangereuse peut se creuser derrière eux. Suivant le genre de l'aiguille, on la retire dans un sens ou dans l'autre, en la faisant avancer ou reculer, toujours avec les plus grandes précautions, et par des mouvements de rotation pour la dégager, en soutenant convenablement les parties. En cas d'inflammation on enlève les aiguilles immédiatement.

Cette question de l'enlèvement des aiguilles est très-délicate à résoudre et dépend, avant tout, de l'état de la lèvre. Trop tôt la réunion n'est pas achevée, trop tard la peau est ulcérée. Dans le doute il y a moins d'inconvénients à se hâter d'extraire les aiguilles.

Si la réunion immédiate échouait, on devrait, après avoir combattu l'inflammation et ramené la plaie aux conditions d'une plaie

suppurante de bonne nature, recourir à la réunion immédiate secondaire, dont on obtient de fréquents succès.

Encoche. Procédé de Clémot, de Rochefort. Après la guérison, la lèvre inférieure présente une petite échancrure ou encoche, A (fig. 364) dépendant de l'obliquité des surfaces réunies.

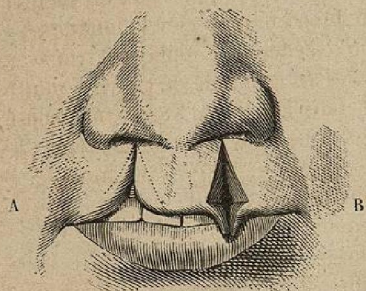


Fig. 364.

De nombreux procédés ont été imaginés pour y obvier. Guillemeau et Thevenin, 1669, avivaient la lèvre par deux incisions concaves \circ dans le but de faire saillir l'extrémité inférieure de la réunion; mais l'encoche persistait. Clémot a conseillé d'aviver les deux côtés de la lèvre en formant un mince lambeau, commencé au delà de l'angle supérieur de la scissure et continué de haut en bas jusqu'à la réunion de la peau avec le bourrelet muqueux du bord libre de la lèvre B. Les deux petits lambeaux latéraux, ainsi formés, tombent verticalement de haut en bas par leur propre poids, en s'opposant leur face sanglante, et dépassent le bord labial. On les réunit par un point de suture, immédiatement au-dessus de la muqueuse et on en retranche les extrémités à quelques millimètres plus bas. Le bord libre de la lèvre fait alors un angle saillant, dont on maintient les rapports avec des fils trempés dans du collodion, ou une épingle très-fine, et au bout de peu de temps la saillie de la lèvre disparaît par simple rétraction, et le résultat est excellent. Si la saillie était trop considérable, on en retrancherait une partie avec des ciseaux. Le point capital est de bien placer sur la même ligne horizontale les deux portions de peau qui touchent au bourrelet muqueux de la lèvre. Si ce dernier manque ou est insuffisant, on est obligé, pour prévenir l'encoche, de renverser ou d'adosser la peau elle-même, et après la guérison on observe un bord libre labial très-régulier, mais cependant d'un aspect peu agréable, parce que la peau est restée blanche et que le bord muqueux qui reparait et la continue à droite et à gauche, tranche avec elle par sa coloration rougeâtre et vermeille.

L'expérience a confirmé les avantages du procédé de Clémot, mais nous recommandons de ne pas se hâter de croire à la saillie exagérée des lambeaux. Le retrait en est très-considérable, et mieux vaut attendre quelques mois avant d'en rien exciser. M. Nélaton a voulu faire un procédé particulier de la continuité supérieure des

deux petits lambeaux d'avivement, mais cette continuité nous paraît créer une difficulté opératoire inutile.

Procédé de Mirault. Ce chirurgien pratiquait d'un côté l'avivement à la manière ordinaire, puis détachait nettement et carrément une petite portion du bord libre inférieur et horizontal de la lèvre. Il taillait de l'autre côté un lambeau semblable à ceux de Clémot, l'adaptait à la plaie opposée pour bien en apprécier la longueur, et après en avoir retranché la portion excédente, l'appliquait transversalement et le fixait au-dessous de l'autre moitié de la lèvre, dont il reconstituait le bord libre. M. le docteur Henry (de Nantes) a proposé, en 1861, d'aviver obliquement de haut en bas et en sens inverse, les deux lèvres de la scissure labiale (voy. fig. 365), sans modifier le procédé de Clémot. On obtient ainsi des surfaces d'avivement plus étendues et le résultat en a paru avantageux (voy. fig. 366.) Cette modification ne nous semble cependant pas suffisamment motivée.

Procédés de l'auteur. Nous avons réussi à diminuer l'encoche en prolongeant l'avivement le long du bourrelet muqueux de la lèvre. Nous plaçons une épingle au point de jonction de la peau à la muqueuse, et cette dernière, divisée en bas et en dehors, puis rapprochée et réunie, présente une épaisseur et une hauteur d'autant plus grandes que l'avivement en a été porté plus loin.

Si la portion cutanée de la lèvre manque de hauteur, on poursuit l'avivement en demi-courbe inférieure, et on le termine, plus ou moins loin en dehors, vers la commissure, selon les dimensions verticales que l'on veut donner à la partie restaurée. On coupe ensuite le bord libre ou muqueux de la lèvre à la manière ordinaire, où l'on suit le procédé de Clémot. On termine l'opération en plaçant la première épingle, comme nous l'avons recommandé, au point exact de la jonction de la peau avec la membrane muqueuse. Il est facile de comprendre que les deux surfaces de la lèvre, avivées et adossées, seront d'autant plus hautes après leur réunion, qu'elles auront une étendue plus considérable. Le mérite de l'opérateur est d'en calculer les dimensions et de ne pas les exagérer.

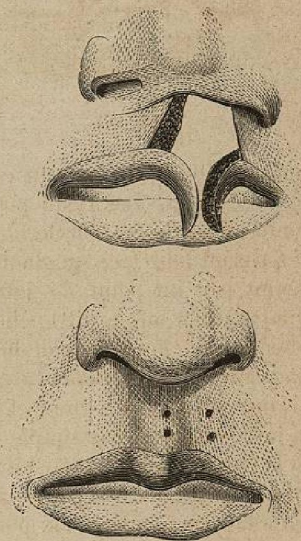


Fig. 365, et Fig. 366.