

Bec-de-lièvre double. Si le tubercule médian est rudimentaire et peut être facilement compris dans l'angle supérieur de l'avivement des deux moitiés de la lèvre, on l'excise et on convertit la difformité en bec-de-lièvre simple ; s'il est volumineux, mais court, on en rafraîchit les deux bords de manière à le rendre triangulaire (voy. A. fig. 370), et on le traverse avec une aiguille en l'intercalant au milieu des demi-moitiés avivées de la lèvre. On a vu le tubercule médian rénni au lobule du nez, et l'on s'en est servi pour compléter la sous-cloison nasale ; M. Barrier (de Lyon) a refait cette dernière avec la moitié supérieure du lambeau d'avivement resté adhérent en haut, et s'est servi de la moitié inférieure pour reconstituer le bord libre de la lèvre inférieure à l'exemple de Mirault.

Procédé de M. Philips. Lorsque les ailes du nez sont fortement écartées et aplaties par la hauteur et l'irrégularité du bec-de-lièvre, il est difficile de maintenir la réunion et de rétablir la régularité du nez. M. Philips est arrivé à ce but par un procédé qui mérite d'être adopté. L'opérateur commence par aviver les plaies en suivant la modification de Clémot. La division labiale et les ailes du nez sont ensuite hardiment détachées du maxillaire, pour offrir un plus grand relâchement, et plus de facilité à la réunion. Une grosse épingle piquée au travers d'une petite plaque quadrilatère d'agaric et de carton traverse horizontalement la base des ailes du nez, puis une deuxième plaque d'agaric et de carton.

En renversant l'extrémité pointue de l'épingle sur le carton, on peut rapprocher les ailes du nez, et reformer ainsi cet organe en même temps qu'on soutient les lèvres de la scissure labiale. Au lieu de carton, on se servirait avec le même avantage de liège, de cuir ou de toute autre substance. M. Guersant fait usage d'une grande serre-fine (voy. fig. 367), dont on augmente la pression à volonté par une tige A à vis et à écrou B. Les pointes de l'instrument D pénètrent les ailes du nez, que des plaques arrondies C C soutiennent et compriment.

Le bec-de-lièvre double doit-il être opéré en une ou deux fois, après un laps de temps plus ou moins long ? Une seule opération est préférable. Les tissus sont dans de meilleures conditions ; le résultat plus prompt et plus facilement régulier. Cependant, si le tubercule médian est assez volumineux, la lèvre étroite et peu élevée, l'écartement très-grand ou les arcades dentaires très-saillantes,

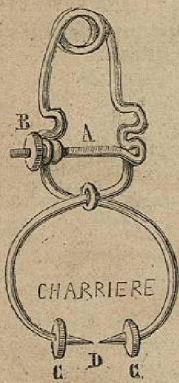


Fig. 367.

et qu'on doute du succès, on peut sans inconvénient faire l'opération en deux temps, mais alors il faut attendre environ trois mois que toute trace d'inflammation et d'induration des tissus ait disparu.

Lambeau transversal. En cas d'insuffisance de la lèvre, on peut encore tailler carrément le tubercule médian, le réunir de chaque côté à la moitié supérieure de la scissure labiale et diviser horizontalement vers les joues la moitié inférieure de la hauteur de la lèvre. On allonge par traction cette seconde portion, que l'on réunit sur la ligne médiane, au-dessous du tubercule avivé, auquel on la joint par quelques points de suture.

Bec-de-lièvre compliqué. *Continuité de la scissure labiale avec l'ouverture des narines.* Dans ce cas fort commun, les ailes du nez n'étant plus soutenues en dedans, s'écartent beaucoup en dehors, et la pointe du nez s'épate et semble rudimentaire.

Le pourtour de la narine, après l'avivement et la réunion, est très-étroit, et l'on éprouve de grandes difficultés à maintenir les ailes du nez rapprochées. Il faut alors détacher largement le pourtour de la narine et la lèvre des surfaces osseuses, et avoir recours au procédé de M. Philips.

Procédé de M. Giralès. Le savant chirurgien a proposé d'appliquer au contour nasal la modification si heureuse de Mirault. Au lieu d'abaisser les deux lambeaux, il avive B C (fig. 368) l'externe et le renverse en bas et relève l'interne A. Le premier lui sert

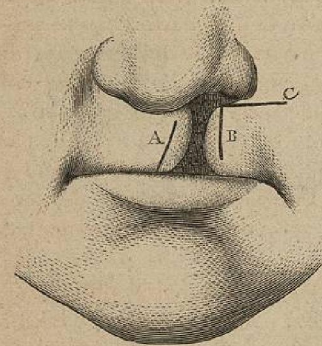


Fig. 368.

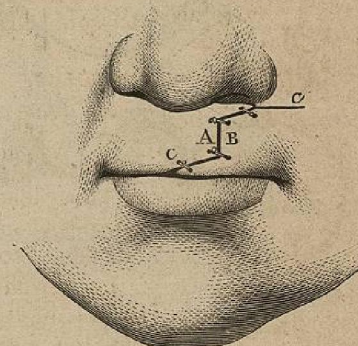


Fig. 369.

à réparer le bord libre de la lèvre et à en faire disparaître l'encoche ; le second, détaché de bas en haut, où il reste adhérent, contourne transversalement l'aile du nez et s'applique sur la plaie C du

côté opposé. Le résultat est très-beau, comme on en peut juger (voy. *fig. 369*). Une première ligne, oblique C représente le lambeau fermant l'encoche. Une seconde, verticale A B, répond au milieu de la lèvre restaurée, et la troisième C, également oblique en sens inverse de la première, montre le pourtour de la narine reconstituée par le lambeau renversé en haut et en dehors vers la joue. Sur les 9 opérés de M. Giraldès, on comptait 5 succès complets, 2 incomplets et 2 morts. (*Union médicale*, nov. 1865).

Les salles de l'hôpital des enfants sont habituellement encombrées et meurtrières et on ne devrait pas avoir d'accidents.

Insuffisance de la lèvre. Si la lèvre paraît trop atrophiée pour fournir les éléments d'une restauration complète, on peut la prolonger de chaque côté sur les joues par une incision transversale, qui en augmente la laxité et l'ampleur (voy. p. 370). Nous avons quelquefois contourné l'aile du nez lorsqu'il y avait scissure des narines, afin de nous donner la facilité d'abaisser la joue et de mieux rapprocher et réunir le bec-de-lièvre.

Procédé chéilo-plastique de l'auteur. Une incision oblique commencée sur la joue est prolongée de dehors en dedans, jusque sur le tubercule médian A, une seconde incision verticale B B' avive la lèvre et en permet la réunion médiane, que l'on continue en

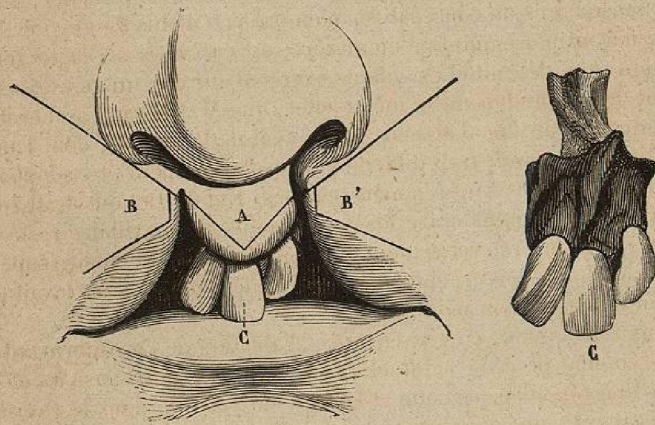


Fig. 370.

bas au moyen de deux autres incisions obliques, pratiquées plus ou moins loin en dehors sur la ligne de jonction de la peau à la muqueuse. L'os incisif C C, qui était mobile dans le cas où nous avons eu recours à ce procédé, fut conservé et repoussé en arrière dans l'intervalle de la scissure palatine.

M. Langenbeck a également porté le bistouri entre l'aile du nez et la joue, pour faciliter la restauration de la lèvre. Ce sont des procédés à mettre en usage dans des cas de nécessité.

Saillie et irrégularité des dents. Si l'on opère à un âge assez éloigné de la naissance pour être gêné par la mauvaise direction des dents, on les arrache, si l'on peut compter sur leur remplacement. S'il n'en est pas ainsi, on les redresse avant d'opérer le bec-de-lièvre, ou on les sacrifie, si l'on les trouve cariées, mobiles et à peine développées, ce qui est fréquent pour les deux incisives latérales.

Projection de l'os incisif ou intermaxillaire. Cet os est mobile, ou il est soudé. Dans le premier cas, on peut, à l'exemple de Desault, de Champion, de M. Gensoul, essayer de le repousser en arrière; s'il est mobile on en fracture le pédicule comme l'a fait heureusement M. Gensoul, afin d'en opérer le redressement. Malgaigne, auquel ce procédé n'avait pas réussi, a demandé ce que deviennent les fragments osseux et la cloison cartilagineuse du nez, nécessairement repoussée en arrière et incurvée ou brisée.

Franco excisait l'os incisif et eut de nombreux imitateurs. Dupuytren n'agissait pas autrement. Les résultats opératoires semblent favorables dans les premiers moments. La suture des lèvres se fait bien et la difformité disparaît. Mais les inconvénients, s'ils sont secondaires ou consécutifs, n'en ont pas moins de gravité. La lèvre n'étant plus soutenue en arrière, est entraînée à chaque inspiration et se désunit. Les enfants exercent sur elle un mouvement de succion et produisent le même effet, que M. Goyrand a cherché à combattre par un abaisseur permanent de la langue, dont l'application nous paraît trop difficile et trop gênante pour être adoptée. Les dents incisives sont à jamais perdues. Enfin, Desault avait remarqué soit un hiatus entre les deux moitiés du maxillaire restées écartées, soit un rétrécissement ultérieur de l'arcade dentaire supérieure, qui, ne correspondant plus à l'inférieure, s'y enclavait et rendait la mastication pénible.

Nous repoussons, en conséquence, l'ablation de l'os intermaxillaire, comme procédé habituel. Nous serions plus disposé à conseiller une résection partielle et latérale de cet os, dans le cas où il présenterait une largeur exagérée. On pourrait en enlever les bords avec les incisives latérales, et conserver les incisives médianes.

Dans le cas où manquerait une portion de la voûte palatine, la conservation de l'os incisif rétablirait le contour de l'arcade dentaire, et l'uranoplastie ou un obturateur de M. Préterre remédieraient à la scissure palatine. Debrou a pratiqué l'avivement des