

deux bords latéraux de l'os incisif et des bords correspondants de l'arcade dentaire, pour en assurer la réunion, sur un enfant de six mois (1843). Le tubercule fut ainsi conservé et soutint la lèvre, mais la soudure osseuse, que l'on avait crue complète, ne se maintint pas ou avait été mal constatée.

M. Broca, pour obtenir plus sûrement une réunion osseuse des bords correspondants de l'incisif et du maxillaire, les perfora avec un poinçon, après les avoir avivés, et les affronta par deux sutures métalliques de chaque côté. L'opération, faite en 1867, paraissait, onze mois plus tard, avoir parfaitement réussi. Il serait bon cependant d'examiner de nouveau l'enfant après que les dents, qui n'avaient pas encore paru, se seront développées. Debrou avait cru, chez son petit malade, le succès complet, et cependant, au bout de plusieurs années, l'intermaxillaire était manifestement mobile.

Nous croyons qu'un trill serait préférable au poinçon pour la perforation des os. Nous avons proposé (voy. 2<sup>e</sup> édit. de cet ouvrage) d'enlever la partie moyenne de l'os intermaxillaire et d'en réunir les deux bords, sur un enfant dont les deux incisives médianes étaient anormalement écartées.

*Réséction du vomer et du cartilage triangulaire du nez.* Blandin emportait, avec de forts ciseaux ou des cisailles, un morceau triangulaire, à base inférieure, de la cloison des fosses nasales; puis, repoussant en arrière l'os intermaxillaire et le soutenant avec une bandelette de sparadrap, au niveau de l'arcade dentaire, il remettait au lendemain l'opération du bec-de-lièvre. Ce procédé, déjà mis en usage par Champion (de Bar-le-Duc), par Debrou, par Valette, a réussi entre les mains de nombreux chirurgiens et nous lui avons dû plusieurs succès.

On a cité des exemples d'hémorragies mortelles dépendant de la blessure des artères de la cloison. Nous avons donné un moyen de les prévenir, qui nous a toujours réussi. Nous coupons verticalement la muqueuse et nous la détachons de chaque côté, de manière à mettre à nu la cloison avant de la réséquer. Les artères refoulées, deviennent flexueuses et le sang s'y arrête facilement. Une compression momentanée ou la cautérisation ignée ont également été employées avec succès.

*Jonction du tubercule médian à la pointe du nez.* Il n'est pas très-rare de voir ce tubercule se continuer avec la pointe du nez et présenter l'aspect d'une sorte de trompe. On le détache, on le rétrécit, soit sur les côtés, soit par une incision centrale (Gensoul) et l'on s'en sert pour reconstituer la cloison sous-nasale, comme nous l'avons déjà indiqué.

*Bifidité de la voûte palatine.* (Voy. *Opérations pratiquées sur le palais.*)

*Appréciation.* Le grand art des réussites pour l'opération du bec-de-lièvre consiste à détacher assez largement les parties pour en obtenir la réunion sans aucune tension. Il ne faut pas craindre de porter le bistouri très-loin, entre les os et la peau. Ces plaies profondes se consolident vite et aident au succès, en donnant des points d'appui aux bords réunis de la scissure. Une seconde indication majeure est de ne pas laisser longtemps en place les fils métalliques ou les épingles employés à la suture. Il faut les enlever ou en retirer deux ou trois au bout de vingt-quatre heures et les dernières à la fin du deuxième jour. Ces corps étrangers et les fils dont on sert pour la suture en 8 de chiffres, irritent la peau, la gonflent, l'étranglent, l'ulcèrent avec une déplorable facilité et laissent des cicatrices indélébiles. On doit donc les ôter très-prompement et soutenir la réunion déjà obtenue, avec des bandelettes ou des brins de charpie trempés dans le collodion. Les cris de l'enfant et les contractions incessantes du muscle orbiculaire des lèvres font courir à la plaie de grands dangers de désunion, si le relâchement le plus complet des tissus n'a pas été préparé. Nous nous sommes servi de nos appareils de compression latérale, sans nous dissimuler l'inconvénient qu'ils présentent de trop repousser les bords de la plaie vers la ligne médiane et d'en compromettre quelquefois les adhérences par excès de rapprochement.

Le besoin de l'allaitement, l'ignorance et le peu de soin des personnes qui entourent l'enfant, sont également la source de notables difficultés contre lesquelles on ne saurait trop se mettre en garde. Quelques chirurgiens opèrent en deux temps le bec-de-lièvre double. C'est une méthode très-sûre, qui permet de bien apprécier les effets de la réunion de l'un des côtés avec le tubercule médian. Mais la guérison est retardée de plusieurs semaines, si ce n'est de plusieurs mois. Il faut attendre la disparition du gonflement et de toute trace d'inflammation; aussi préfère-t-on généralement opérer en un seul temps. Dans tous les cas il est avantageux de soutenir longtemps la cicatrice avec des agglutinatifs pour en empêcher la distension, l'amincissement et en définitive la production d'une bandelette inodulaire rougeâtre et déprimée, d'un aspect peu agréable. Les procédés chéiloplastiques pour l'allongement transversal de la lèvre, l'abaissement de la joue décollée autour de l'aile du nez, l'avivement inférieur que nous avons recommandé, donnent de bons résultats, lorsqu'on les favorise par les procédés de Clémot et Mirault. Nous avons repoussé l'excision de l'os incisif et nous croyons possible de le conserver avec avantage.

Comme il est facile de corriger d'anciens becs-de-lièvre, offrant des encoches ou des cicatrices difformes, on peut rectifier plus tard une cure un peu défectueuse dans les premiers temps de la vie, et le rapprochement et la régularité du contour de l'arcade dentaire par la lèvre reformée sont très-favorables au succès d'une deuxième opération.

**Immobilité par ankylose de la mâchoire inférieure.** Les causes qui peuvent mettre obstacle à la mobilité et à l'écartement des mâchoires sont l'ankylose vraie ou fausse, celle-ci dépendant de l'adhérence des gencives à la face interne des joues, et de brides inodulaires inextensibles.

L'*ankylose vraie* de l'articulation temporo-maxillaire était généralement regardée comme incurable, et l'on se bornait à nourrir les malades, en introduisant les aliments dans l'intervalle produit entre les mâchoires par la perte accidentelle ou volontaire de quelques dents.

*Section ou brisure du col.* Il est néanmoins possible de diviser le col de la mâchoire, et d'établir une fausse articulation. La présence des vaisseaux n'est pas un obstacle, et en faisant la section au-dessous du muscle ptérygoidien externe, un chirurgien exercé peut en surmonter les difficultés.

M. Grube réussit en 1863 en portant directement un ciseau droit, par l'intérieur de la bouche, sur le col de la mâchoire, et en le brisant par percussion. Il fit quelques mois plus tard la section sous-cutanée du masséter, et la guérison par pseudarthrose persista.

*Fausses ankyloses.* L'ankylose, dans l'exemple précédent, était à l'articulation temporo-maxillaire, sans complications, ce qui est fort rare. Le plus ordinairement l'immobilité résulte de fausses ankyloses, suite d'inflammations ulcéralives ou gangréneuses, avec ou sans perte des joues. La muqueuse intermaxillaire a été détruite et les gencives sont réunies par un tissu cicatriciel commun. La seule ressource est alors, comme nous l'avons exposé (voy. t. I, p. 598), d'établir une fausse articulation au-devant des adhérences. M. Esmarch, inventeur de ce procédé (1854), enlevait une portion cunéiforme à base inférieure de la mâchoire. M. Rizolli se borna à une simple section de l'os.

*Opération d'Esmarch.* On peut pratiquer cette opération avec ou sans plaie extérieure. Il suffit, dans ce cas, de détacher la lèvre et la joue des gencives et de l'os, et de passer au-dessous de ce dernier une scie à chaîne, à guichet, ou un sécateur, après avoir arraché la dent correspondante à la direction de la section. Nous croyons plus facile et plus sûr d'inciser les parties molles au-dessous

et un peu en dedans du bord inférieur de la mâchoire et de diviser cette dernière ou d'en enlever un fragment, après avoir dénudé suffisamment les surfaces osseuses. La continuité du maxillaire a souvent reparu, malgré les mouvements de la mastication, et les bénéfices de l'opération ont été perdus. Cette consolidation inopportune nous paraît avoir été la conséquence du retour de l'immobilité par l'épaississement et la dureté de la cicatrice, et il est prudent de porter la scie à une certaine distance au delà des adhérences, afin d'assurer la mobilité de la portion saine de l'os.

La proposition d'interposer la peau, la muqueuse ou le périoste entre les deux bouts osseux est peu digne d'attention, et celle de se servir d'un corps étranger, tel qu'un morceau de gutta-percha, de caoutchouc, un fragment de bois ou d'ivoire, n'est guère plus acceptable. C'est la cicatrisation isolée des deux extrémités qu'il faut obtenir, et c'est pourquoi nous adoptons l'avis de pratiquer l'opération en deux temps, si une autoplastie est indiquée : on commence par former une pseudarthrose de continuité ou ligamenteuse, et l'on répare plus tard les pertes de substance de la joue. Les malades tirent de l'opération d'Esmarch le grand avantage de pouvoir écarter les mâchoires du côté sain et de mâcher leurs aliments. Les arcades dentaires ne se correspondent pas très-exactement, parce que les mouvements sont produits par le masséter, le temporal et les ptérygoidiens d'un seul côté, et que l'arcade dentaire pivote sur elle-même, s'abaisse du côté de son extrémité libre et se porte en dedans ; mais les opérés s'habituent peu à peu à cette gêne, se servent bien des grosses molaires et se trouvent dans des conditions extrêmement favorables, en comparaison de l'ankylose dont ils étaient affectés, avec impossibilité d'écarter des mâchoires, et ils jouissent de mouvements plus réguliers et plus puissants que les réséqués d'une portion du corps et de la branche ascendante de la mâchoire, parce que les résistances cicatricielles sont beaucoup plus faibles et l'os moins solidement fixé.

Dans le cas où nous eûmes recours au procédé d'Esmarch, nous commençâmes par une simple section de l'os (modification de M. Rizolli) au niveau de la première petite molaire. Nous avions incisé la peau au-dessous et un peu en dedans du contour maxillaire, dénudé l'os, et, nous plaçant derrière la tête du malade, nous avons introduit notre scie à guichet entre la lèvre et la face antérieure de l'os, qui fut sectionné de haut en bas et d'avant en arrière. Le côté libre de la mâchoire s'abassa immédiatement de deux travers de doigt et la bouche put être largement ouverte, mais il nous parut à peu près certain, malgré le déplacement en bas et en dedans du corps du maxillaire, que nous avions produit