

de cette maladie. A la dissection, on trouve généralement le tissu cellulaire très épais et infiltré de sérosité; les muscles pâles, décolorés, tantôt aussi minces que ceux d'un vieillard, plus rarement épaissis par l'interposition de tissu cellulaire entre leurs fibres. La membrane muqueuse participe aussi quelquefois à cette hypertrophie.

Procédé opératoire (Paillard). — Le malade est assis sur une chaise basse, la tête appuyée sur la poitrine du chirurgien, debout derrière lui; un aide saisit avec le pouce et l'indicateur la commissure labiale du côté droit et la tire en avant. Le chirurgien saisit de la main gauche celle du côté opposé, et, avec un bistouri droit, il fait une incision qui s'étend de l'une à l'autre, en commençant sur le bord libre de la lèvre, à une distance de la face antérieure qui varie selon l'épaisseur des tissus qu'il faut enlever. Il dissèque de bas en haut jusqu'à quelques millimètres du frein de la lèvre, et lorsque le lambeau ainsi disséqué ne tient plus que par sa base, il le coupe avec le bistouri ou avec des ciseaux. Ordinairement il y a un grand écoulement de sang, mais qui s'arrête assez promptement de lui-même.

Par ce procédé, on a pour ainsi dire dédoublé la lèvre et produit une plaie avec perte de substance dont les bords, en se rapprochant, ne laisseront à la lèvre que l'étendue naturelle. Aucun pansement n'est nécessaire: seulement on peut établir au bout de quelques jours un appareil légèrement compressif sur la surface antérieure de la lèvre, pour aider au succès de l'opération.

III. — Coarctation de l'orifice buccal.

On peut recourir à tous les procédés généraux que nous avons indiqués, et c'est pour la bouche spécialement que le procédé de Boyer a été imaginé et a réussi. Mais il n'en est aucun qui ne soit de beaucoup inférieur à celui de Werneck, qui consiste à recouvrir avec la muqueuse les parties divisées par le bistouri.

Procédé de Werneck. — Un sujet âgé de trente-cinq ans avait la bouche tellement rétrécie, à la suite d'ulcères syphilitiques, qu'il ne pouvait y introduire qu'une petite cuiller. Werneck agrandit l'ouverture des deux côtés avec un bistouri boutonné, fit écarter les mâchoires, tailla alors sur les parties extérieures un lambeau transversal en forme d'ellipse, qu'il enleva jusqu'à la muqueuse; disséqua ensuite celle-ci dans une étendue de 6 à

7 millimètres; et, la rabattant sur la plaie, la réunit à la peau à l'aide de la suture, de manière à figurer les deux lèvres avec leur rebord muqueux.

Dans un cas analogue, après avoir fendu la bouche des deux côtés pour lui rendre sa largeur ordinaire, il s'aperçut que la muqueuse était altérée et ne pourrait revêtir les lèvres nouvelles. Il prit alors sur la face interne des joues, vis-à-vis les molaires, des lambeaux de muqueuse saine pour en garnir les angles de la bouche nouvelle, en sorte que la cicatrisation de l'une et de l'autre lèvre put se faire séparément.

C'est un procédé tout semblable qui fut appliqué plus tard par Dieffenbach, à qui l'on en avait à tort attribué la priorité.

IV. — Du bec-de-lièvre.

Anatomie. — Le bec-de-lièvre se présente dans quatre états différents qui modifient singulièrement les procédés opératoires. On distingue donc :

1° Le *bec-de-lièvre unique et simple*, consistant en une scissure congénitale de la lèvre supérieure, à un centimètre environ

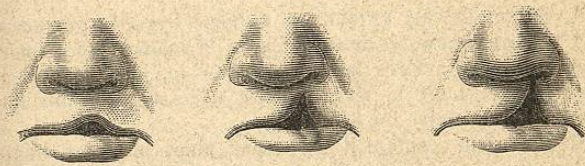


FIG. 496.

Degrés du bec-de-lièvre simple.

de la ligne médiane, plus fréquemment à gauche qu'à droite, et dont les bords cicatrisés séparément présentent une petite portion rougeâtre qu'il faut enlever dans l'opération (fig. 496);

2° Le *bec-de-lièvre double*, dans lequel il y a des scissures séparées par un lambeau médian, dit *tubercule labial*, dont la forme et la largeur peuvent beaucoup varier;

3° Le *bec-de-lièvre unique, mais compliqué* de scissure à la voûte palatine, avec écartement des os plus ou moins considérable (fig. 497);

4° Enfin le *bec-de-lièvre double et compliqué* d'une double fisure des os maxillaires en avant, aboutissant en arrière à une fente médiane qui divise d'ordinaire toute la voûte et jusqu'au voile du palais. Alors aussi, le plus souvent la portion moyenne des os maxillaires, dite *tubercule osseux*, beaucoup plus développée que le reste de l'os, fait en avant une forte saillie, rendue plus sensible encore quand les dents incisives sont sorties; et par suite de cette saillie, le tubercule labial est repoussé lui-même en avant, jusqu'à s'attacher quelquefois directement à la pointe



FIG. 497.

Bec-de-lièvre double.

du nez. Enfin les dents implantées sur le tubercule osseux peuvent garder leur direction normale ou se dévier en dehors.

I. BEC-DE-LIÈVRE UNIQUE ET SIMPLE. *Procédé ordinaire.* —

L'aide embrasse les deux côtés de la mâchoire de manière à comprimer les artères faciales, pousser les joues vers la ligne médiane, et tenir la lèvre s'il est nécessaire, tandis que le chirurgien en avive les bords.

Chez le jeune enfant il n'y a pas place pour les doigts de l'aide, aussi est-il préférable de saisir les deux bords de la scissure labiale vers la commissure entre les mors d'une pince à forcipressure, ou mieux d'une pince à mors parallèles et écartés, telle que celle que j'ai fait faire par Collin pour cette opération. De cette façon la lèvre est immobilisée et les artères coronaires étant comprimées ne donnent pas de sang. Le chirurgien pratique alors l'avivement soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, en ayant bien soin d'atteindre et d'enlever l'angle supérieur. S'il y avait des adhérences profondes il faut les détruire et si le frein de la lèvre offre le moindre obstacle, il ne faut pas hésiter à le couper.

Ce premier temps achevé, on réunit par la suture entortillée. Le chirurgien saisit l'angle gauche de la division avec le pouce et l'indicateur; de la main droite il porte la pointe d'une

première aiguille sur la peau, à 6 millimètres en dehors de la plaie, à un millimètre au-dessus du bord rosé de la lèvre, l'enfonce un peu obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, pour la faire sortir à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la surface saignante; il saisit alors l'autre côté de la lèvre, le rapproche du premier de manière que leurs angles se trouvent exactement en rapport, et le traverse avec l'aiguille de dedans en dehors en suivant la direction inverse. Cette première aiguille parcourt donc à travers les tissus une légère courbe à concavité inférieure. Le but de cette disposition est de faire saillir en bas les deux angles de la division, pour effacer, autant que possible, l'échancrure que laisse la

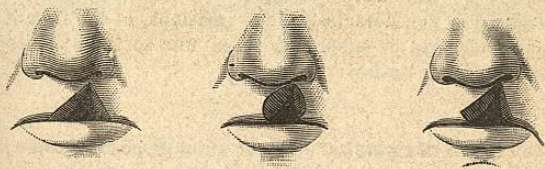


FIG. 498.

Procédé ordinaire.

Procédé de Græfe.

Procédé de Berg.

réunion sur le bord libre de la lèvre et qui est rendue plus sensible encore par le retrait consécutif de la cicatrice. La première aiguille placée et arrêtée par une anse de fil, on affronte exactement le reste de la division avec les doigts de la main gauche, et l'on passe la seconde aiguille directement à travers les deux bords à la fois, à égale distance de la première et de l'angle supérieur de la plaie. Le reste se fait suivant les règles générales de cette suture.

Il faut avoir grand soin que la réunion soit bien effectuée du côté de la face muqueuse, car si la suture était trop superficielle, l'hémorrhagie, excitée par la succion qu'opère l'enfant, pourrait continuer du côté de la bouche.

La suture entrecoupée, faite avec les fils métalliques, réussit peut-être moins bien, mais elle gêne moins étant plus flexible et coupe moins que les épingles. C'est à cette suture que j'ai le plus souvent recours. Pour soutenir les sutures on se trouve bien d'appliquer d'une joue à l'autre une bandelette de linge rendue adhérente par le collodion.

Après l'opération l'enfant doit être nourri à la cuillère; s'il crie la mère doit soutenir les lèvres avec les doigts. Après trois

jours, quatre si l'enfant est plus âgé, on peut retirer les fils supérieurs; le fil inférieur doit rester en place vingt-quatre heures de plus au moins. On continue à soutenir les lèvres avec la suture sèche. La guérison est ordinairement assurée vers le neuvième ou dixième jour.

En vue d'éviter l'encoche qui persiste à peu près constamment après ce procédé, Husson, de Græfe avaient proposé de donner à chaque incision une forme légèrement concave, afin d'obtenir par leur accollement une saillie à la partie inférieure. Bichat a parlé le premier de ce procédé, en l'attribuant par erreur à Celse et Guillemeau; il est plus difficile dans l'exécution, sans donner de meilleurs résultats que le procédé ordinaire. Malgaigne a vaincu la difficulté en conservant les petits lambeaux que l'on détache par les incisions, et les faisant servir à réparer la perte de substance : c'est une sorte de chéiloplastie appliquée au bec-de-lièvre.

Procédé de Malgaigne. — Tout étant disposé comme pour le procédé ordinaire, on procède à l'avivement de haut en bas, avec le bistouri, en longeant d'abord exactement les rebords latéraux du bec-de-lièvre; puis, arrivé à l'angle arrondi qui les termine, en suivant la direction de cet angle, de manière que l'incision représente une courbe et aboutisse à 2 ou 3 millimètres du bord naturel de la lèvre, à l'endroit où ce bord reprend la direction horizontale qui lui est naturelle. Ces deux lambeaux ne tiennent plus ainsi qu'à un mince pédicule qui permet de les renverser facilement de haut en bas, de manière qu'ils se regardent par leur surface saignante. On place la première épingle, qui doit être très solide, au bas de la lèvre, afin d'affronter du premier coup les deux angles rentrants résultant du renversement des lambeaux; puis on en place une ou deux au-dessus de la première. Le corps de la lèvre ainsi réuni, il ne reste qu'à donner à son bord libre la forme convenable.

Pour y parvenir, on accole le pédicule des deux lambeaux. Quelquefois l'incision n'est pas descendue assez bas; les lambeaux renversés ne se continuent pas horizontalement avec le reste du bord labial; il faut prolonger l'incision en bas et de côté jusqu'à ce que cette continuité horizontale soit obtenue. Puis, avec des ciseaux, on retranche toute la longueur excédante des lambeaux, en conservant ce qui est nécessaire pour n'avoir aucune encoche; il est bon, à cause de la rétraction de la cicatrice, d'en garder un millimètre de plus. On les réunit enfin, soit avec de

fines épingles à insectes, soit avec des points de suture entrecoupée.

Si le bec-de-lièvre n'occupait qu'une portion de la hauteur de la lèvre, on commencerait par le prolonger un peu vers le haut jusque sous la narine, pour arriver à une coaptation plus facile et plus exacte de l'angle supérieur. Si le frein de la lèvre descendait trop bas, on le diviserait également sans balancer.

Du reste, en se servant du bistouri, on peut à volonté commen-

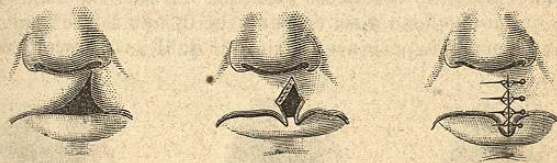


FIG. 499.

Procédé de Malgaigne.

cer l'incision par en bas, en pénétrant d'un coup de pointe près du bord labial et marchant ensuite de bas en haut jusqu'au sommet du bec-de-lièvre. De même, avec les ciseaux, on peut tailler d'abord les lambeaux de haut en bas dans le quart ou la moitié inférieure de l'incision, pour compléter ensuite l'avivement de bas en haut. Ces modifications sont sans importance; mais Mirault (d'Angers) a trouvé une autre manière d'utiliser les lambeaux obtenus par le procédé de Malgaigne.

Procédé de Mirault. — L'avivement pratiqué comme l'indique la figure 499, on résèque d'un côté le lambeau A, et l'on appli-

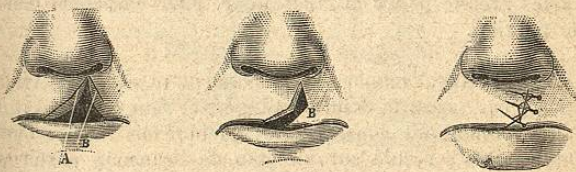


FIG. 500.

Procédé de Mirault.

que sur la surface saignante qui en résulte, la face supérieure également saignante de l'autre lambeau B, conservé et taillé à la longueur convenable. Cette modification est très ingénieuse et donne de bons résultats.

Procédé de Nélaton. — Quand le bec-de-lièvre ne monte pas jusqu'à la narine, mais aboutit en haut à un angle formé par les parties molles, Nélaton détache les bords du bec-de-lièvre avec le bistouri, en laissant les lambeaux adhérents en bas, comme dans le procédé de Malgaigne, mais portant les deux incisions en haut au-dessus de l'angle des parties, de manière à n'avoir qu'un lambeau unique en forme de pont, qu'il replie en bas, et qui est destiné à former le bord libre de la lèvre. On est bien sûr ainsi que la réunion ne manquera point par en bas. La seule crainte était que le lambeau ainsi conservé ne fit une saillie trop considérable; mais l'expérience a fait voir qu'il se rétracte naturel-



FIG. 501.

Procédé de Nélaton.

lement, de manière à rendre toute résection ultérieure inutile (fig. 501).

J'ajouterai que l'expérience m'a appris à me méfier des bandages et appareils destinés à soutenir les aiguilles; si le sujet est raisonnable, il faut lui conseiller le repos absolu de la lèvre; chez les enfants, il suffit, lorsqu'ils veulent crier, de soutenir les joues avec le pouce et l'indicateur, pour empêcher une trop forte traction.

II. BEC-DE-LIÈVRE UNIQUE AVEC FISSURE DE LA VOUTE PALATINE. —

Dans ces cas, tantôt la fissure est légère et sans écartement, tantôt l'écartement est considérable; quelque fois même, l'un des os maxillaires a reculé sur un plan de beaucoup postérieur à l'autre et le nez est aplati et comme tiré en dehors et en arrière de ce côté.

Quand la fissure est légère, il suffit des procédés déjà décrits pour le bec-de-lièvre. Quand l'écartement est considérable, les sutures couperaient les chairs et les bandages ne les soutiendraient pas suffisamment. Quelques chirurgiens ont essayé de rapprocher les os avec des pelottes appliquées sur les joues et

tendant à se rapprocher à l'aide d'un ressort qui les réunit; cela peut réussir, en effet, chez les très jeunes enfants; mais après la première année, et quelquefois même auparavant, les os résistent à la pression, et celle-ci n'aboutit qu'à irriter et même à gangrener la peau des joues, si l'on n'y prend garde. D'ailleurs, dans les cas les plus favorables, le rapprochement exige au moins dix ou douze jours et souvent davantage.

Lorsque l'écartement des bords est considérable et que par conséquent l'ouverture à combler est large, Giraldès a conseillé et employé le procédé suivant dans lequel on conserve tous les lambeaux.

Procédé de Giraldès. Sur le côté de la lèvre répondant à la ligne médiane, à droite par exemple, on fait une incision ver-



FIG. 502.

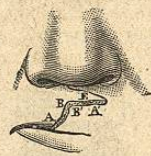


FIG. 503.

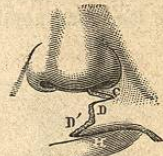


FIG. 504.

Procédé de Giraldès.

ticale d'abord (B), puis oblique (A) (fig. 502), commençant à la base de la lèvre et se terminant au bord libre. De l'autre côté on pratique deux incisions, l'une horizontale (C) sous la narine, por-

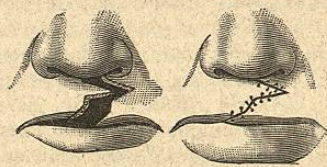


FIG. 505.

Procédé de Giraldès.

tant sur le bord adhérent de la lèvre, l'autre oblique (D), à angle aigu avec la première, commençant au bord du bec-de-lièvre et se dirigeant vers la commissure; cette seconde incision ne va pas jusqu'au bord libre. Ceci fait, on recule vers le nez le lam-

beau (E) (fig. 503) détaché de la partie droite de la lèvre, on abaisse au contraire le lambeau H de la partie gauche. Le lambeau E vient se placer sous la narine gauche; son bord avivé A', B', redressé (fig. 504), se trouve en rapport avec le bord C de la lèvre gauche détachée (fig. 505); son bord B s'applique au bord D, tandis que le bord D' du lambeau vient correspondre au bord A de la partie droite de la lèvre.

Ce procédé, déjà difficile à comprendre à l'aide du dessin, est, il faut l'avouer, fort compliqué; c'est là un reproche fort grave à lui faire, car on prétend que Giraldès en pratiquant son procédé s'est parfois égaré parmi toutes ces incisions au point de ne plus trop se rappeler quels bords devaient être mis en rapport.

III. BEC DE LIÈVRE DOUBLE. — On se conduit différemment selon que le tubercule manque, qu'il est peu saillant, ou qu'il a une longueur notable

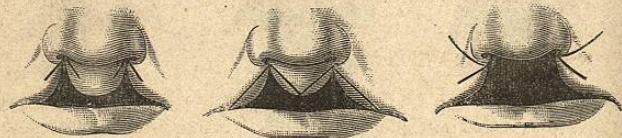


Fig. 506.

Bec-de-lièvre. — Incisions.

Si le tubercule est large, l'opération se fait comme s'il s'agissait de deux becs-de-lièvre, en employant sur chaque côté les procédés que nous avons étudiés pour le bec-de-lièvre simple (fig. 506).

Si le tubercule est petit, mais assez large pour être utilisé, on rafraîchit alors ses bords en même temps que ceux des scissures latérales; en sorte qu'on a deux plaies séparées en V renversé, sinon la plaie unique représente assez bien une M. On place ensuite les aiguilles dans l'ordre ordinaire, en approchant parfaitement le lambeau moyen des lambeaux latéraux, et les traversant tous trois ensemble. On obtient ainsi deux plaies linéaires parallèles, ou une plaie en Y, maintenue par une seule rangée d'aiguilles. Cependant si les plaies parallèles, ou même si les branches de l'Y étaient trop écartées, on pourrait appliquer à chacune d'elles des points de suture entortillée (Gensoul) (fig. 507).

Le bec-de-lièvre double opéré par le procédé ordinaire laisse

une encoche bien autrement difforme que le bec-de-lièvre simple; on peut également l'éviter en se servant du procédé de Malgaigne, ou quand il est applicable, du procédé Nélaton.

Si le tubercule manque, l'écartement est souvent considérable, on peut employer les procédés ordinaire ou celui de Giraldès en pratiquant des incisions libératrices sous les ailes du nez, allant

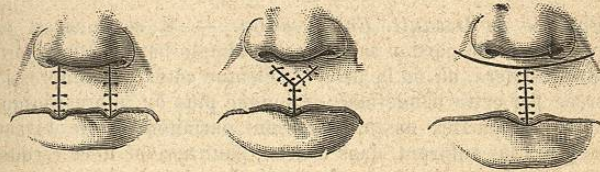


Fig. 507.

Bec-de-lièvre double. — Sutures.

plus ou moins loin sur la joue suivant le tiraillement qu'il faut faire subir aux lambeaux.

IV. BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE COMPLIQUÉ. — Le bec-de-lièvre double compliqué peut présenter à l'opérateur quatre principales difficultés : 1° quelques dents implantées sur le tubercule osseux ont une direction vicieuse; 2° ce tubercule fait une saillie trop considérable en avant; 3° le tubercule labial s'insère parfois au bout du nez; 4° enfin, les os très écartés font obstacle à la réunion des parties latérales de la lèvre.

1^{re} Méthode de Franco. Résection. — Avec des tenailles incisives, on élève toute la portion du tubercule osseux qui fait saillie; puis, soit immédiatement, soit quelques jours plus tard, on procède à l'opération comme pour le bec-de-lièvre ordinaire.

Cette méthode, dit-on, laisse un vide plus ou moins considérable à la partie antérieure de la mâchoire, et prive irrévocablement le malade de ses dents incisives. Après quelques mois suivrait une autre difformité signalée par Desault. Les os maxillaires, dit-on encore, se rapprochent et finissent par oblitérer la fente de la voûte palatine; mais le diamètre de la mâchoire supérieure, diminué en avant de toute la largeur du tubercule osseux, ne correspond plus à celui de la mâchoire inférieure; et il survient ce que l'on observe souvent chez les vieillards édentés, l'emboîtement, très incommode pour la mastication, de la première dans la

seconde mâchoire. Je dirai tout à l'heure ce qu'il faut penser de ces objections.

2^e *Méthode moderne ou par réduction.* — Elle compte trois procédés : la compression, la fracture du pédicule osseux, l'excision d'une partie de ce pédicule, la résection d'une partie du vomer.

Procédé de Desault. Compression. — Il commençait par appliquer sur la portion saillante une simple bande attirée fortement en arrière, où on la fixait de chaque côté. La compression exercée par cette bande était prolongée plus ou moins, jusqu'à ce que les parties osseuses fussent parfaitement de niveau; onze jours lui suffirent, dans un cas, pour arriver à ce résultat, et dans un autre cas il réussit en dix-huit jours chez un enfant de cinq ans. Alors il procédait, comme à l'ordinaire, à la réunion des parties molles.

Bichat explique l'efficacité de ce moyen par l'isolement de la portion saillante, qui offre peu de résistance; au contraire, cette saillie osseuse est supportée généralement par le vomer hypertrophié, non seulement en longueur, mais en épaisseur. Quelquefois cependant le vomer s'arrête à quelque distance du tubercule osseux avec lequel il se continue par l'intermédiaire d'un simple cartillage. Desault aurait-il rencontré deux cas de ce genre? Alors même on ne rend pas bien compte de l'effet d'une compression lente, surtout avec une simple bande; et pour dire ce que je pense, les prétendus succès de Desault rapportés par Chorin et Agasse paraissent plus que douteux.

Procédé de Gensoul. Fracture du pédicule. — Chez un enfant de treize ans, où le tubercule osseux présentait en avant son bord alvéolaire, Gensoul le saisit avec de fortes pincées, comme pour le rompre et le ramener de vive force à la direction perpendiculaire : cette tentative hasardeuse réussit parfaitement.

Malgaigne a essayé ce procédé sans succès, et si quelques chirurgiens ont pu réussir dans des cas où le vomer était plus mince, il eût été à propos de dire comment s'étaient arrangés les fragments de cet os qui devaient nécessairement chevaucher, et la cloison cartilagineuse qui devait être repliée sur elle-même.

Procédé de Blandin. Excision du vomer et de la cloison des fosses nasales. — On se sert de très forts ciseaux ou même de cisailles. On porte ces cisailles en arrière du tubercule osseux; on fait une première incision verticale à la cloison, et une autre

postérieure oblique de bas en haut et d'arrière en avant, de manière à en retrancher un fragment triangulaire. Il importe que le sommet de l'angle formé par ces deux incisions s'avance très haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison, et atteigne même le dos du nez, pour assurer l'entier refoulement du tubercule osseux en arrière.

Ce procédé laisse au tubercule osseux une mobilité qui le fait heurter contre la plaie de la lèvre au moindre mouvement de la langue, et qui laisse douter s'il se réunira jamais aux os voisins et s'il ne faudra pas le réséquer plus tard. Malgaigne avait pensé qu'on pourrait aviver les faces latérales du tubercule osseux en même temps que celles des os maxillaires, et les réunir par des points de suture placés sur la muqueuse qui les recouvre; mais avant lui Debrou avait eu l'idée de cet avivement et l'avait mis en pratique, sans même y ajouter de suture à la muqueuse. Son petit opéré était âgé de six mois: un mois après l'opération, le tubercule paraissait complètement fixe et solide dans la position qu'on lui avait assignée, mais Gosselin revit le malade quatorze ans plus tard et constata que le tubercule vacillait encore.

3^e En ce qui concerne le tubercule labial, quand il s'insère très près de la pointe du nez, sa réunion aux parties latérales attire en haut la lèvre supérieure et laisse à découvert les dents et les gencives; d'autre part, le nez, également attiré en bas, aplati, écrasé, pareil à un mufle de veau (Dupuytren), constitue une difformité qui n'est guère moindre que la précédente; de là l'idée de faire servir le tubercule labial à former la sous-cloison du nez.

Procédé de Dupuytren. — Le malade placé à l'ordinaire, le chirurgien divise avec un bistouri le repli muqueux qui unit le tubercule labial au tubercule osseux, et excise celui-ci avec des tenailles incisives. Ce premier temps terminé, avec un bistouri pointu il rafraîchit les bords latéraux du tubercule cutané, puis son bord inférieur; ensuite, avec de forts ciseaux, il fait à l'ordinaire la rescision des bords verticaux de chaque portion latérale de la scissure. On rapproche alors ces deux portions latérales, et on les réunit immédiatement par deux épingles disposées à l'ordinaire; puis on replie le tubercule médian saignant de tous côtés, hors à sa surface antérieure, et on l'applique sur la cloison osseuse des narines dont il doit former la sous-cloison. Une troisième épingle est placée, comprenant à la fois l'extrémité supérieure de chaque portion de la lèvre, et l'extrémité libre du tubercule replié: et enfin deux points de suture entrecoupée

achèvent d'unir les angles de ce tubercule aux portions latérales de la lèvre.

La cloison s'étant trouvée trop large, Dupuytren la rétrécit en enlevant deux petits lambeaux de chaque côté à l'aide d'un bistouri et de pinces ordinaires. Nous avons vu (p. 200) comment Gensoul, dans un cas analogue, établit la perte de substance au centre de la sous-cloison.

Procédé de Phillips. — Il place d'abord deux petites plaques de carton sur les côtés des ailes du nez, et il traverse la base de cet organe en passant derrière les ailerons une très grosse épingle qui prend un point d'appui sur les plaques de carton. A mesure que l'on tire cette épingle, on fait saillir en avant la pointe du nez, on rapproche ses ailes et du même coup les bords écartés de la lèvre supérieure, et l'on se crée ainsi un point d'appui qui empêche le tiraillement des lambeaux. Un bout de fil ciré, passé en 8 de chiffre sur les deux extrémités de l'épingle, met un obstacle solide au retrait des ailerons.

Malgaigne a appliqué plusieurs fois ce procédé avec le meilleur résultat; seulement les fils passant par-dessous le nez coupaient bien vite les parties qu'ils sont ainsi obligés de contourner; il les a supprimés, et pour maintenir le rapprochement des ailes du nez, il se contente de replier les deux bouts de l'épingle sur deux petits boutons de liège qu'elle traverse. Il lui a paru utile aussi dans quelques cas de détacher des os, non seulement les lèvres et la joue, mais aussi les ailes du nez, comme dans son procédé pour le relèvement de cet organe.

Appréciation. — Les procédés applicables à la guérison du bec-de-lièvre compliqué doivent surtout nous arrêter. Le procédé de Desault doit être laissé de côté. Malgré les deux observations de Desault rédigées par Chorin et par Agasse, je ne saurais admettre l'efficacité de la pression. Elle peut réussir lorsque le tubercule, ce qui est fort exceptionnel, est supporté par un mince cartilage; mais le plus souvent il se continue avec le vomer, et la compression dans ces cas ne produisait rien, car on réussit à peine, même en employant la force.

Le procédé de Gensoul est souvent rendu inapplicable par cette même difficulté. Nous n'en possédons du reste que peu d'observations. Après un mois l'os intermaxillaire dans le cas de Gensoul était encore mobile.

Marjolin dans deux cas n'eut que des résultats incomplets, Huguier également dans deux cas eut un résultat satisfaisant. Dans

l'observation de Butcher le bec-de-lièvre était unilatéral et l'os intermaxillaire n'était uni au vomer que par une frêle tige. Broca essaya en vain de briser le vomer. Ce procédé, outre qu'il est peu applicable, est de plus dangereux, car la rupture du vomer peut porter sur sa base, sur la lame criblée, et par conséquent on pourrait par une trop grande violence fracturer une partie de la base du crâne.

Le procédé de Blandin donne également prise à bien des objections. D'abord on éprouve une grande difficulté à passer les mors des cisailles ou des ciseaux dans la fente intermaxillaire; de plus on court le risque d'hémorrhagies qui ont été de la dernière gravité. Broca a pensé perdre un malade et a dû enlever le tubercule; Richet a eu trois morts à la suite d'hémorrhagies. Pour éviter ce danger, Mirault décolle d'abord la muqueuse et ne sectionne que l'os. Richet a eu l'idée de supprimer un triangle osseux en le saisissant entre les mors d'une pince spéciale, qui se rapprochent au moyen d'une vis et agissent comme le fait l'entérotome sur l'intestin. Dans deux observations de Richet rapportées par Petieau, une fois le tubercule trop saillant fut enlevé; une fois il se mortifia. Du reste Richet m'a dit avoir été toujours obligé d'enlever le tubercule. Mais ce n'est pas tout; même lorsque le vomer a été réséqué on éprouve quelquefois des difficultés à ramener le tubercule en arrière, et dans un cas Broca dut le briser. De plus, lorsque le tubercule a été ainsi mobilisé, il conserve trop souvent sa mobilité. Debrou en 1843 avait cru obtenir plus facilement la réunion en avivant les bords correspondants des maxillaires supérieurs et du tubercule; Gosselin constata quatorze ans plus tard la persistance de la mobilité.

Pour mieux assurer la réunion on a eu recours à la suture osseuse. Elle a donné d'assez bons résultats dans les quelques cas où elle a été employée. Broca y eut recours le premier avec un plein succès en 1868. A. Guérin obtint une réunion solide après cinq mois.

Ribell n'obtint de réunion que d'un côté et eut un petit point de nécrose. Duplay pour un bec-de-lièvre unilatéral brisa le tubercule du côté adhérent, l'inclina en arrière et le sutura. Si l'on veut appliquer la suture, il faut la placer assez loin du bord dentaire, car dans un cas Giraldès par suite de la présence des germes dentaires ne put faire pénétrer le perforatif. Ajoutons aux inconvénients du procédé de Blandin que le tubercule ramené ainsi en arrière, décrivant un arc de cercle, est parfois trop long, qu'il prend une direction oblique qui dirige les dents en arrière et que le bout du nez déjà aplati est entraîné plus encore en ar-

rière par le refoulement du tubercule auquel il adhère. Enfin on peut se demander quel intérêt il y a souvent à conserver un tubercule osseux qui au lieu de quatre incisives n'en supporte souvent que deux, fort irrégulièrement placées, alors que la prothèse, lorsque le tubercule a été enlevé, permet de masquer la difformité et de donner un point d'appui à l'obturateur de la voûte. Pour moi, je n'hésite pas à donner la préférence au procédé de Franco modifié par moi, c'est-à-dire à la résection, lorsque le tubercule est très difforme. Voici comment j'exécute ce procédé :

Procédé de Léon Le Fort. — Le tubercule médian comme dans le procédé de Dupuytren me sert à former la sous-cloison. Mais dans ce procédé la nouvelle sous-cloison n'est pas maintenue, elle est exposée à ne pas adhérer à la surface de section résultant de l'enlèvement de l'os intermaxillaire. Pour obtenir l'adhésion, voici comment je procède. Je retranche latéralement des deux bords du tubercule cutané médian tout ce qui excède la largeur que devra avoir la sous-cloison, j'obtiens ainsi sur les côtés deux surfaces avivées. Cela fait, si le tubercule, comme c'est le plus ordinaire, est trop épais, j'abrase sur sa face inférieure, c'est-à-dire sur la face muqueuse, tout ce qui me paraît en excès.

La future sous-cloison étant ainsi préparée, je fais sur les deux côtés de l'os intermaxillaire une incision courbe à convexité inférieure, dont la partie la plus inférieure répond à ce qui devra former plus tard les côtés de la sous-cloison. Cette incision circonscrit un lambeau de muqueuse. Avec la rugine je le décolle de l'os intermaxillaire sous-jacent jusqu'à la hauteur où devra se faire la section de l'os intermaxillaire. Ce décollement opéré, je soulève ces lambeaux, j'insinue au-dessous et horizontalement les deux mors d'une pince tranchante et j'enlève l'os intermédiaire. J'ai fait cinq fois cette opération et je n'ai pas eu d'hémorrhagie. Cela fait, je ramène en bas et en arrière ce que j'ai conservé du lambeau médian, je l'applique en forme de sous-cloison sous le bord de la cloison avivée par l'enlèvement du tubercule osseux excédant, puis je rabats les deux lambeaux de muqueuse, doublée de périoste, qui garnissaient précédemment l'os maxillaire enlevé, je les applique sur les bords latéraux du tubercule cutané devenu sous-cloison, et je les maintiens par des points de suture métallique; lorsque la réunion est complète, c'est-à-dire huit jours ou quinze jours après, je réunis les bords divisés des lèvres par le procédé de Giralès. Toutes les opérations que j'ai faites ainsi m'ont donné des résultats absolument remarquables.

V. — Cancer de la lèvre.

Le cancer de la lèvre peut être borné à une petite tumeur, ou bien envahir la lèvre entière et même les tissus voisins, quelquefois enfin il s'étend jusqu'à l'os maxillaire. Dans le premier cas, on emploie la cautérisation et l'excision; dans le second, les divers procédés de chéiloplastie, auxquels il faut joindre dans le troisième cas la résection de l'os maxillaire. Il ne s'agira ici que de la cautérisation et de l'excision.

1° Cautérisation. — On emploie le chlorure de zinc ou la pâte arsenicale, en suivant d'ailleurs les règles générales.

2° Incision, Procédé de Richerand. — Il consiste à enlever la portion affectée par une incision en demi-lune qu'on pratique sur le bord labial à l'aide du bistouri ou de ciseaux courbés sur le plat, et qui ne laisse à la suite qu'une échancrure peu profonde; la plaie, pansée à plat, se recouvre d'une cicatrice qui en diminue de beaucoup l'étendue primitive.

Procédé en V. — Le procédé précédent a l'inconvénient de retrancher le bord muqueux de la lèvre et de laisser une difformité. Il est préférable de cerner le mal par deux incisions formant un V allongé dont la base répond au bord libre de la lèvre et dont le sommet descend plus ou moins bas suivant l'étendue du mal et la largeur de la partie enlevée. On réunit par des points de suture entrecoupés, en veillant à ce que l'affrontement soit bien exact et du côté du bord libre.

Quand la perte de substance est considérable, on emploie un des procédés de chéiloplastie que nous allons décrire.

Il faut surtout se préoccuper de l'état des ganglions. Il n'est pas rare de voir la récidive ne pas se faire du côté de la lèvre, tandis que les ganglions à peine développés lors de l'opération sont le siège d'une récidive. Celle-ci, dans ces circonstances, est toujours très grave. Aussi, si les ganglions existent, lors de l'excision de la lèvre, il faut prolonger l'angle du V jusqu'au menton, faire tomber à ce niveau deux incisions parallèles au bord inférieur de la mâchoire et enlever avec soin toutes les parties suspectes. L'épithélioma des lèvres est peu sujet à la récidive; si les ganglions sont envahis, la récidive est presque fatale et elle se reproduit malgré les opérations. Il importe donc d'opérer de bonne heure.