

enlever le polype, et de conserver ensuite la voûte palatine ouverte pour en poursuivre les dernières repullulations.

CHAPITRE IV.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA BOUCHE ET SES DÉPENDANCES.

Nous étudierons successivement les opérations qui se pratiquent sur les lèvres, celles que nécessitent les affections de la joue, puis celles qui se pratiquent sur l'appareil salivaire, sur la langue, sur les amygdales, et enfin sur le voile du palais.

Art. I^{er}. — Opérations qui se pratiquent sur les lèvres.

1^o Bourrelet muqueux de la lèvre.

On observe quelquefois à la face interne du bord libre de la lèvre supérieure, plus rarement à la lèvre inférieure, une sorte de bourrelet rougeâtre congénital, tantôt sous la forme d'un ou de plusieurs petits tubercules, tantôt avec l'aspect d'une saillie transversale qui tend à renverser la lèvre en dehors dès que le malade veut rire ou parler. C'est une sorte d'hypertrophie bornée à la muqueuse.

Procédé opératoire. — Un aide renverse la lèvre en dehors, de manière à mettre sa face interne en évidence; le chirurgien, armé de bonnes pinces, saisit le bourrelet transversalement et aussi largement que possible, le soulève un peu, et, avec des ciseaux courbes sur le plat ou un bistouri ordinaire, en pratique l'excision complète. La plaie régulière qui en résulte n'a besoin d'aucun pansement, et en général se cicatrise très promptement.

2^o Gonflement de la lèvre supérieure.

Anatomie. — Le gonflement de la lèvre supérieure, signe de scrofules en général, peut aussi survenir chez des sujets exempts 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 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.

3^o 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.

4° 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 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;

2° Le *bec-de-lièvre double*, dans lequel il y a deux 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;

4° Enfin le *bec-de-lièvre double et compliqué* d'une double fissure 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 du nez. Enfin les dents implantées sur le tubercule osseux peuvent garder leur direction normale ou se dévier en dehors.

Louis a cherché à démontrer que dans le bec-de-lièvre il n'y a aucune perte de substance. C'est, à notre avis, un jeu de mots; il y a évidemment un défaut de développement sur la scissure; d'où il résulte qu'après l'opération par le procédé ordinaire, dans le bec-de-lièvre le plus léger, le bord libre de la lèvre présente presque inévitablement une petite échancrure.

I. BEC-DE-LIÈVRE UNIQUE ET SIMPLE. *Procédé ordinaire.* — Le malade assis en face du jour, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, celui-ci embrasse les deux côtés de la mâchoire de manière à comprimer les artères maxillaires externes, pousser les joues vers la ligne médiane, et tenir la lèvre s'il est nécessaire,

tandis que le chirurgien, en ayant les bords, le chirurgien, placé devant le malade, saisit d'abord l'angle inférieur gauche de la division, soit avec une érigne ou des pinces à disséquer, soit avec l'indicateur et le pouce de la main gauche. Des ciseaux forts et bien tranchants, conduits par l'autre main, sont aussitôt portés jusqu'à 5 ou 6 millimètres plus haut que l'angle supérieur de la fente, et séparent d'un seul coup, autant que possible, tout le rebord rougeâtre de ce côté, en empiétant même très légèrement sur les tissus sains, de manière à avoir une plaie fraîche, droite, régulière et taillée à pic. Pour le côté droit, on tend la lèvre elle-même en l'embrassant et la tirant avec le pouce et l'indicateur gauches, placés en dehors du bord à réséquer; puis les ciseaux sont dirigés comme précédemment: seulement ils doivent tomber un peu audessous de l'extrémité supérieure de la première plaie, afin d'avoir un angle de division bien net, suivant les règles générales de toute incision en V. La double incision représente donc un V renversé, dont les bords, pour se prêter mieux à la réunion, doivent être libres de toute adhérence. Si le frein de la lèvre offrait le moindre obstacle à cet égard, il faudrait le couper sans hésiter.

Ce premier temps achevé, on arrête l'écoulement du sang avec des lotions d'eau froide; puis 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; 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 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.

Le malade est ensuite replacé dans son lit, la tête élevée; il ne doit durant les premiers jours, ni parler, ni remuer les mâchoires;

un accès d'éternement ou de rire a souvent fait déchirer la suture. On ne donne que des aliments liquides. Au bout de trois ou quatre jours, si tout va bien, on peut ôter d'abord l'aiguille d'en bas, et un jour après celle d'en haut. On laisse en place les fils collés à la peau encore quelques jours. Vers le neuvième ou le dixième, la guérison est ordinairement assurée.

On a proposé une foule de modifications à cette opération. Nous ne parlerons pas de l'avivement des bords à l'aide du vésicatoire; mais le bistouri a eu plus de partisans. On a conseillé, pour s'en servir avec sécurité, de placer sous la lèvre une plaque de bois ou de carton solide, et de faire en conséquence la section préalable du frein de la lèvre supérieure. Mais les ciseaux, avec plus de facilité et de promptitude d'exécution, donnent aussi une section plus nette, et l'on a adopté généralement en France les ciseaux d'A. Dubois.

Enfin, les moyens d'union ont beaucoup varié. Le bandage, les bandelettes agglutinatives, les agrafes, les sutures entrecoupée, emplumée, les serres-fines, etc., sont généralement remplacés par la suture entortillée. Seulement j'approuve les chirurgiens qui, au lieu de deux aiguilles, en mettent trois; la première est placée un peu plus bas, et dans la portion rosée même du bord libre de la lèvre.

En vue d'éviter l'encochure qui persiste à peu près constamment après ce procédé, quelques chirurgiens 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 Guillaumeau; il est plus difficile dans l'exécution, sans donner de meilleurs résultats que le procédé ordinaire. Mais j'ai 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 l'auteur. — Tout étant disposé comme pour le procédé ordinaire, on procède à l'avivement de haut en bas, soit avec les ciseaux, soit 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 tien-

nent 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 encochure; 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 commencer 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 M. Mirault (d'Angers) a trouvé une autre manière d'utiliser les lambeaux obtenus par mon procédé.

Procédé de M. Mirault. — L'avivement pratiqué, et les aiguilles appliquées sur le corps de la lèvre, on résèque le lambeau d'un côté, et l'on applique sur la surface saignante qui en résulte la face supérieure également saignante de l'autre lambeau, taillé à la longueur convenable. Il est plus expéditif encore de faire l'avivement complet d'un côté, comme dans le procédé ordinaire, et de garder simplement un lambeau de l'autre côté.

Cette modification est très ingénieuse, et il semble d'abord qu'elle doive aussi bien réussir que le procédé primitif. Cependant dans

deux cas elle n'a pas évité l'encoche, tandis que jusqu'à présent mon procédé m'a toujours complètement réussi.

Procédé de M. 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, M. Nélaton détache les bords du bec-de-lièvre avec le bistouri, en laissant les lambeaux adhérents en bas, comme dans mon procédé, 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 naturellement, de manière à rendre toute résection ultérieure inutile.

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; quelquefois 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 simple. 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 pelotes 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.

Je préfère opérer le bec-de-lièvre immédiatement, en suivant d'abord mon procédé pour le bec-de-lièvre simple, et appliquant ensuite le procédé de M. Phillips pour le bec-de-lièvre double, avec

les petites modifications que j'indiquerai. J'ai réussi déjà plusieurs fois de la manière la plus complète; une fois, entre autres, chez un nouveau-né dont la fissure avait plus d'un centimètre d'écartement, les aiguilles purent être enlevées le quatrième jour, et dès le sixième jour on voyait déjà les os se rapprocher l'un de l'autre.

III. BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE. — On se conduit différemment selon que le tubercule est étroit et peu saillant, ou qu'il a une largeur notable. Dans le premier cas, son excision est sans inconvénient; dans le second, sa conservation est indispensable.

Procédé ordinaire. — On rafraîchit alors ses bords en même temps que ceux des scissures latérales; en sorte que s'il descend jusqu'au bord libre de la lèvre, 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 rapprochant 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).

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 de mon procédé, ou, quand il est applicable, du procédé de M. Nélaton.

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° L'implantation vicieuse des dents ne nuit pas toujours à l'opération, et il est alors inutile de s'en préoccuper. Mais quelquefois les deux incisives latérales se dirigent horizontalement en dehors, de manière à mettre obstacle au rapprochement des os; il est indispensable de les arracher.

2° Quand le tubercule osseux fait une trop grande saillie, il y a deux méthodes à suivre, le réséquer ou le réduire.

1^o *Méthode de Franco. Résection.* — Avec des tenailles incisives ou une scie, on enlève 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 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 suit une autre difformité signalée par Desault. Les os maxillaires 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.

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

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. J'ai fait voir, au contraire, que cette saillie osseuse est supportée généralement par le vomer hypertrophié, non-seulement en longueur, mais en épaisseur. Je n'ai vu qu'un seul cas où le vomer s'arrêtait à quelque distance du tubercule osseux, avec lequel il se continuait par l'intermédiaire d'un simple cartilage. Desault aurait-il rencontré deux cas de ce genre ? Alors même on ne se 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 me 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 pinces, comme pour le rompre et le ramener de vive force à la direction perpendiculaire : cette tentative hasardeuse réussit parfaitement.

J'ai pareillement essayé ce procédé sans succès, et s'il a 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 refolement du tubercule osseux en arrière.

Ce procédé est sans doute préférable aux autres ; cependant il 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. J'avais 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 moi M. 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 était complètement fixe et solide, dans la position qu'on lui avait assignée.

3^o 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 museau 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 ; puis, avec de forts ciseaux, il fait à l'ordinaire la résection 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.

J'ai vu cette opération couronnée d'un plein succès; toutefois je ne voudrais pas qu'on la compliquât de l'excision du tubercule osseux, qu'il serait facile de conserver.

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. 436) comment Gensoul, dans un cas analogue, établit la perte de substance au centre de la sous-cloison.

4° Enfin, il reste fréquemment une dernière difficulté, celle de rapprocher les lambeaux latéraux de la lèvre. Dans un cas de ce genre, j'avais essayé de détacher de la joue les lambeaux de la lèvre immédiatement au-dessous de l'aile du nez; en deux jours, les sutures coupèrent les chairs, et j'échouai complètement. Il y avait là une lacune dans le traitement du bec-de-lièvre; elle a été heureusement comblée par le procédé suivant, imité du procédé de rhinoplastie de Dieffenbach.

Procédé de M. 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.

J'ai appliqué plusieurs fois ce procédé avec le meilleur résultat; seulement les fils passant par-dessous le nez couperaient bien vite les parties qu'ils sont ainsi obligés de contourner; je les ai supprimés, et pour maintenir le rapprochement des ailes du nez, je me contente de replier les deux bouts de l'épingle sur deux petits bou-

tons de liège qu'elle traverse. Il m'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 mon procédé pour le relèvement de cet organe.

5° 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 la pâte de zinc ou la pâte arsenicale, en suivant d'ailleurs les règles générales (p. 26). Seulement j'ajouterai que quand le cancer envahit la face interne de la lèvre, la pâte arsenicale risquerait de se délayer dans la salive et d'être avalée par le malade; pour y obvier, Souberbielle la maintenait en place à l'aide d'une pince de platine à larges plaques, qu'il n'enlevait que quand la pâte caustique n'était plus à craindre.

2° *Excision. Procédé d'A. Paré.* — Le chirurgien passe une aiguille enfilée au travers du cancer, afin de pouvoir soulever la tumeur avec cette anse de fil tenue de la main gauche, tandis qu'avec des ciseaux tenus de la main droite on l'enlève en entier jusqu'à la chair saine.

Au lieu de l'aiguille enfilée, on peut très bien se servir des pinces de Museux, ou même d'une érigne simple. D'autres saisissent la lèvre malade avec le pouce et l'indicateur gauches, la renversent et lui donnent le degré de tension convenable; puis, avec de forts ciseaux, ils comprennent le bouton cancéreux dans une incision en V, dont la base répond au bord libre de la lèvre; enfin on accole les deux côtés de la plaie, et on les réunit à l'aide d'aiguilles, comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

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.