

CHAPITRE XXXII.

Des maladies de la bouche.

Nous comprenons sous ce titre toutes les maladies des lèvres, des joues, des glandes salivaires, des dents, des gencives, de la langue, du voile du palais, de la luette et des amygdales.

ARTICLE PREMIER.

Des maladies des lèvres.

Ces maladies sont la réunion complète, ou la réunion partielle des lèvres par un vice de conformation, d'où résultent l'imperforation de la bouche, ou l'occlusion partielle de cette ouverture; le rétrécissement proprement dit, le bec-de-lièvre, les plaies, les tumeurs, les ulcères.

§ 1. — Imperforation de la bouche.

Ce vice de conformation a été observé; quelques auteurs même en parlent comme d'une chose qui n'est pas très-rare. Mais a-t-on jamais vu l'imperforation complète de la bouche chez des enfants vivants? Je l'ignore. Au reste, si ce cas se présentait, il faudrait, le plus promptement possible, faire une incision horizontale sur le sillon qui marque le lieu où doit être l'ouverture de la bouche. On préviendrait ensuite l'agglutination des lèvres en les tenant écartées et renversées par des compresses et un bandage convenable, et en appliquant immédiatement sur les surfaces saignantes un linge fin, enduit de cérat. Quand l'adhérence des lèvres n'est que partielle, l'opération est plus facile encore; il faut introduire un doigt dans la bouche

de l'enfant pour connaître la largeur de l'adhérence, diriger le bistouri, et protéger les parties intérieures de la bouche contre l'action de l'instrument. Si les lèvres sont unies aux gencives, il faut couper avec des ciseaux mousses les brides qui forment l'adhérence, ou employer le bistouri si les lèvres sont collées aux gencives par toute leur surface interne. Un autre vice de conformation peut être joint à celui dont nous parlons; on doit, autant que possible, y remédier en même temps, et empêcher surtout, avec le plus grand soin, l'agglutination des parties divisées.

Le rétrécissement de la bouche ne doit pas être confondu avec l'occlusion partielle dont nous venons de parler. Ici les lèvres sont collées, sans que l'espace qu'elles circonscrivent ait rien perdu de son étendue naturelle; le rétrécissement, au contraire, consiste dans une disposition particulière des lèvres qui ne laissent entre elles qu'un intervalle trop étroit pour les usages auxquels elles sont destinées. La coarctation est quelquefois l'effet d'une constriction spasmodique du muscle orbiculaire; mais le plus ordinairement elle est produite par une brûlure, ou par une perte de substance après l'extirpation d'une tumeur ou à la suite des abcès critiques, dans les scrofules, la petite vérole, les fièvres ataxiques, etc. Lorsque le rétrécissement de la bouche dépend de la constriction spasmodique du muscle orbiculaire, c'est aux remèdes antispasmodiques qu'il faut recourir pour combattre la maladie. Lorsqu'il est dû, comme on en a quelques exemples, au virus syphilitique, il faut prescrire les mercuriels à l'intérieur, et les appliquer sur les lèvres mêmes. On remédie au rétrécissement qui résulte d'une brûlure ou de l'ablation d'une tumeur considérable, en fendant transversalement les commissures, et en s'opposant à leur réunion, au moyen de lames d'argent recourbées. Comme les bords de l'incision tendent toujours à se rétrécir, il est nécessaire de lui donner beaucoup d'étendue, en évitant toutefois de blesser les artères labiales qui passent auprès des commissures des lèvres.

§ 2. — Du bec-de-lièvre.

On appelle bec-de-lièvre la division contre nature d'une des lèvres. Cette division est ou congéniale ou accidentelle. Les causes de la première sont aussi inconnues que toutes les causes des autres difformités du même genre. La seconde est ordinairement la suite d'une plaie

par instrument tranchant, et quelquefois aussi d'une contusion assez violente pour fendre la lèvre. Dans l'un et l'autre cas, si les bords de la plaie se cicatrisent isolément, et sans se réunir, il en résulte un bec-de-lièvre accidentel.

Les causes qui produisent accidentellement le bec-de-lièvre pouvant agir également sur la lèvre supérieure et sur l'inférieure, on conçoit facilement pourquoi les deux lèvres sont exposées, dans toute leur étendue, à cette espèce de solution de continuité. Mais on ne conçoit pas pourquoi le bec-de-lièvre congénial n'attaque jamais la lèvre inférieure (1).

Celui-ci occupe donc toujours la lèvre supérieure; et c'est tantôt la partie moyenne de cette lèvre, et tantôt l'un de ses côtés. Lorsqu'il n'y a qu'une seule division, et qu'elle n'est point sur la ligne médiane, elle correspond à l'aile du nez. Lorsqu'il y en a deux, elles sont séparées par un espace plus ou moins large, ou par un simple mamelon; le bec-de-lièvre est double alors.

La division qui caractérise la difformité dont nous parlons peut n'avoir que quelques lignes d'étendue, ou s'élever jusqu'à la base du nez. Les bords de la fente sont arrondis et couverts par une membrane vermeille, semblable à celle du bord libre des lèvres. L'intervalle qui les sépare a toujours une forme triangulaire; l'écartement est d'autant plus grand que la division s'étend plus haut; il n'est point le résultat d'une perte de substance; il est dû à l'action des muscles

(1) La cause du bec-de-lièvre est l'arrêt de développement de la lèvre supérieure. Quoiqu'en aient dit quelques anatomistes modernes, on ne peut nier que la lèvre supérieure ne se développe par trois points, puisque ces trois points existent dans le bec-de-lièvre double: faire une pareille négation, ce serait se refuser à l'évidence. Il est certain que le bec-de-lièvre résulte de la non-réunion du point moyen de développement, qui correspond à l'os intermaxillaire, avec un des points latéraux ou avec les deux points. C'est pour cette raison que ce vice de conformation, soit double, soit simple, a toujours son siège sur les parties latérales de la ligne médiane. Quant à l'absence de division médiane dans la lèvre inférieure, elle est difficile à expliquer, si on admet son développement par deux points qui se réunissent sur la ligne médiane: en effet, pourquoi n'y aurait-il jamais un arrêt de développement. Mais si on admet le développement par un seul point, il est facile de comprendre pourquoi elle ne présente jamais de division congéniale.

qui n'est point contre-balancée: aussi cet écartement devient-il plus grand, et la difformité plus choquante dans toutes les circonstances où les muscles diducteurs se contractent fortement, comme dans l'action de rire, de crier, etc.

Quelques chirurgiens, trompés par les apparences et persuadés que cet écartement ne pouvait avoir lieu sans perte de substance, avaient établi en précepte que la difformité était incurable lorsque l'écartement était considérable, et que par conséquent on ne devait point alors entreprendre de la faire disparaître. Mais l'expérience a si clairement prouvé le contraire, qu'il serait superflu de combattre cette doctrine.

Dans le bec-de-lièvre double, les bords externes des deux divisions ont la même conformation que dans le bec-de-lièvre simple. La portion moyenne est tantôt un simple mamelon sphéroïde, et tantôt un prolongement plus volumineux qui descend presque jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre.

Le bec-de-lièvre n'est pas toujours une simple affection des lèvres. Quelquefois la division de la lèvre est compliquée de l'écartement des os maxillaires, dans leur portion palatine, de la saillie plus ou moins considérable des dents incisives, et de la partie du bord alvéolaire qui les soutient. Non-seulement la portion osseuse de la voûte du palais peut être fendue, mais encore les parties molles et la luette sont quelquefois divisées. Dans l'un et l'autre cas, la cavité des fosses nasales communique avec celle de la bouche. Le mucus découle des premières dans la seconde, les aliments passent en partie dans le nez, et sortent par les narines; la voix est altérée; quelquefois même la difficulté d'avaler est portée à un degré assez considérable pour que les enfants ne puissent pas prendre la nourriture nécessaire à leur croissance. Le mal est très-rarement porté jusqu'à ce point, et presque jamais ce vice de conformation ne nuit à la nutrition.

La saillie des dents incisives accompagne fréquemment le bec-de-lièvre: la pression légère, mais continue, exercée par la langue, de dedans en dehors, et le défaut de résistance dans l'endroit où les bords de la division sont écartés, en sont probablement la cause. Cette avance osseuse paraît formée par les os intermaxillaires, dans lesquels se trouvent renfermés les germes de deux ou même des quatre dents incisives. Elle est tantôt fixée à l'un des os maxillaires, tantôt isolée de ces os, et soutenue seulement par la sous-cloison du nez.

Ce que nous venons de dire des symptômes du bec-de-lièvre s'ap-

plique exclusivement au bec-de-lièvre congénial, beaucoup plus fréquent que celui qui est accidentel. Ce dernier diffère de l'autre par plusieurs circonstances. 1° Les bords de la division peuvent avoir toutes sortes de directions. 2° La membrane muqueuse qui couvre ses bords ne s'étend pas sur leur face antérieure. 3° La diastase des os maxillaires n'accompagne jamais le bec-de-lièvre accidentel, et la saillie des dents ne s'y joint guère que quand la maladie date des premiers mois de la vie.

Le bec-de-lièvre n'est presque jamais qu'une simple difformité; mais cette difformité est trop choquante pour qu'on ne cherche pas à la faire disparaître. Le seul moyen d'y parvenir est de convertir le contour de la division en une surface saignante, dont les bords, maintenus dans un contact parfait, puissent se réunir.

Le bec-de-lièvre étant presque toujours congénial, faut-il entreprendre sa guérison aussitôt après la naissance? faut-il attendre que l'enfant ait acquis l'âge de raison? Ceux qui ont adopté le premier parti ont considéré que la structure des lèvres, dans la plus tendre enfance, étant presque toute vasculaire, la cicatrisation est très-prompte et très-facile; que le sommeil, à peine interrompu, dans lequel est plongé l'enfant qui vient de naître, l'absence du rire et des pleurs qu'il ne connaît point encore, rendent beaucoup moins fréquents les mouvements de diduction des lèvres.

Mais des raisons beaucoup plus fortes ont porté la plupart des praticiens à adopter l'opinion contraire, et à ne faire l'opération du bec-de-lièvre qu'à l'époque où les enfants ont assez de raison pour désirer leur guérison, pour comprendre qu'il est de leur avantage de souffrir quelques instants pour faire cesser leur laideur, pour sentir combien leurs cris nuiraient à leur guérison et augmenteraient leurs douleurs. A cet âge, ils peuvent avaler des liquides, sans que leurs lèvres fassent des mouvements, tandis que l'enfant à la mamelle agite ses lèvres en tetant. Enfin, j'ai eu plusieurs fois occasion d'observer que la mollesse excessive des lèvres, les vagissements des enfants à la mamelle, étaient un obstacle à une coaptation exacte et régulière. Nous concluons qu'on ne doit pas opérer le bec-de-lièvre chez les enfants très-jeunes, et qu'il est préférable d'attendre leur troisième ou leur quatrième année. Je ne connais que deux circonstances qui puissent obliger d'agir contre ce précepte: c'est quand l'écartement des bords de la division s'oppose à la succion, ou lorsque l'ouverture

du palais est tellement considérable, que la plus grande partie du lait versé dans la bouche revient par les narines. Ici la vie de l'enfant est compromise; il dépérit tous les jours: on ne doit donc pas craindre d'opérer prématurément (1).

Il n'est point nécessaire de soumettre l'enfant auquel on doit faire l'opération du bec-de-lièvre à un traitement préparatoire. Il suffit qu'il jouisse actuellement d'une bonne santé: aussi faudra-t-il la différer de quelques jours, s'il était atteint d'un coryza, d'une angine, d'une coqueluche, s'il régnait quelque fièvre éruptive, parce que la toux, l'éternement qui accompagnent ces diverses affections, nui-

(1) L'opinion que Boyer émet sur l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération du bec-de-lièvre est basée sur l'expérience qu'il avait acquise, et je pourrais citer des cas où cette opération, pratiquée chez des enfants nouveau-nés, n'a pas été suivie de succès. Cependant des observations contradictoires ont été publiées dans ces derniers temps par M. le professeur Dubois, et la réussite de ces divers cas doit engager à revenir à l'opinion des praticiens qui veulent que l'on fasse l'opération immédiatement après la naissance, opinion combattue par Boyer pour la généralité des cas, et admise par lui pour les cas exceptionnels de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine. On doit d'ailleurs s'étonner que Boyer réserve cette opération pour les cas exceptionnels: en effet, s'il la trouve applicable dans ces cas, il doit la trouver également applicable dans les cas simples.

M. le professeur Dubois nous apprend qu'il a vu faire avec succès par son père l'opération du bec-de-lièvre chez des enfants nouveau-nés, et, encouragé par cet exemple, il l'a pratiquée lui-même dans des circonstances analogues. Il l'a faite trente heures après la naissance; il l'a faite le second, le troisième et le quatrième jour au plus tard. Dans un seul cas, il l'a pratiquée le quinzième jour. Parmi les cas qu'il cite, il y avait tantôt division simple de la lèvre, tantôt division de la lèvre, de la voûte palatine et du voile du palais; une fois même il y avait une légère division du bord alvéolaire. Toujours M. Dubois a réussi, et il rapporte des cas dans lesquels des chirurgiens, ayant agi d'après son avis ou d'après ses idées, ont également réussi. Pour pratiquer cette opération, M. Dubois se sert de ciseaux droits, et il fait la suture entortillée avec des épingles à insectes: mais il ne leur conserve pas leur longueur, et il fait observer avec raison que cette longueur est nuisible à leur introduction, malgré la mollesse des tissus de l'enfant, et en conséquence il conseille de les couper à une longueur convenable pour l'usage qu'on en doit faire. Il n'applique aucun appareil. Ce praticien apporte une modifi-

raient à la cicatrisation de la plaie, pourraient rendre l'opération infructueuse, ou le succès moins complet.

Il est quelquefois utile d'appliquer pendant plusieurs jours avant l'opération des emplâtres agglutinatifs et le bandage unissant, afin d'habituer les parties à l'état de gêne qu'elles doivent éprouver. Il est également à propos de débarrasser la tête de tout ce qui pourrait, en excitant de la démangeaison, porter le petit malade à se gratter et à déranger le bandage qui concourt à maintenir les bords de la division.

L'opération présente des différences, suivant que le bec-de-lièvre est simple, ou qu'il est compliqué, qu'il est unique ou qu'il est double.

Une précaution importante dans la conduite qu'il faut tenir pour l'application des fils et après l'opération. Dans l'opération du bec-de-lièvre on ne met ordinairement en contact que les deux tiers de l'épaisseur des surfaces saignantes. M. Dubois veut qu'on mette ces surfaces en contact dans toute leur épaisseur pour prévenir l'hémorrhagie, que l'on a vu survenir chez quelques enfants, et compromettre leurs jours. Ce précepte rationnel ne doit jamais être omis. Après l'opération il ne laisse pas les fils en place pendant trois ou quatre jours sans y toucher; mais il les enlève au bout de vingt à vingt-quatre heures pour leur en substituer d'autres qui sont moins serrés. Il renouvelle chaque jour ce pansement jusqu'au moment où il supprime les épingles. Pendant ce pansement, il se fait aider par un aide qui maintient la tête de l'enfant, et comprime modérément les joues lorsque l'enfant se dispose à crier. Il retire les épingles supérieures après la soixante et douzième heure ou le troisième jour, et les épingles inférieures après la quatre-vingtième ou la quatre-vingt-seizième heure, suivant le degré de solidité qu'il croit à la cicatrice. Pour rendre l'ablation des fils plus facile, il les fait humecter avec du lait ou avec de l'eau pour l'heure à laquelle il doit venir. Après l'ablation des épingles, il ne fait aucun pansement: une seule fois il a jugé convenable d'appliquer pendant quelques heures un morceau de taffetas d'Angleterre, parce qu'il avait retiré toutes les épingles le troisième jour.

Dans tous les cas, la réunion a été prompte et solide, et les tissus n'ont pas été déchirés par les épingles. Ces faits sont en contradiction avec l'observation de Boyer, qui dit avoir eu plusieurs fois occasion d'observer que la mollesse excessive des lèvres et les vagissements des enfants à la mamelle sont un obstacle à une coaptation exacte et régulière. Cependant, comme ces faits sont complètement irrécusables, nous devons les admettre sans réserve et conserver pour l'opinion de Boyer le respect que sa grande expérience mérite. M. Dubois fait remarquer que la mollesse des tissus qui a conduit Boyer et d'autres

praticiens à penser que ces tissus pouvaient se déchirer plus facilement, dépend de leur grande vascularité, qui, loin d'être une cause défavorable à la réunion immédiate, est, au contraire, une raison pour la rendre plus facile.

La douleur, qui a été regardée par quelques praticiens comme plus vive chez les enfants nouveau-nés, n'a pas paru à M. Dubois plus grande pendant l'opération que celle que manifestent les enfants dans d'autres circonstances où nous devons supposer une souffrance beaucoup moindre: et il prouve qu'en supposant à cette douleur toute l'intensité possible, elle se passe très-promptement, puisqu'il a vu des enfants s'endormir après l'application de la dernière épingle, et ne pas se réveiller lorsque ensuite on les portait dans leur lit.

L'hémorrhagie n'a été assez considérable que chez un enfant qui a eu de la décoloration, mais sans affaiblissement notable. Chez deux autres enfants, le sang a pénétré dans la bouche, malgré tous les soins apportés par M. Dubois, et de la bouche dans l'estomac. L'un d'eux a vomi le sang: l'autre l'a rejeté par les selles; mais ni l'un ni l'autre n'ont eu aucun des accidents indiqués par quelques chirurgiens, comme conséquence de l'ingestion du sang dans l'estomac. Du reste, M. Dubois prévient l'hémorrhagie, comme je l'ai dit plus haut, en mettant dans un contact parfait les deux surfaces saignantes. Cet accident n'a jamais été provoqué par les efforts de succion soit spontanée, soit produite par l'alimentation qui n'a été suspendue dans aucun cas, et qui n'a eu aucun inconvénient. Au contraire, comme il le fait observer, elle a prévenu les cris prolongés et l'agitation qui, chez les enfants, accompagnent la privation d'aliments, et qui, selon sa remarque, auraient plus d'inconvénients que les efforts de succion.

Enfin, M. Dubois fait observer qu'aucun des enfants opérés n'a succombé à l'opération, et que par conséquent cette opération n'augmente pas les chances de mortalité comme on l'a prétendu.

lique qui prend appui sur les dents voisines. Si l'ossification des alvéoles est trop avancée pour permettre ce changement de direction, il faut extraire les dents proéminentes. Quand une portion du bord alvéolaire ou les os intermaxillaires forment une avance qui s'oppose au rapprochement des bords de la division, on est quelquefois obligé de les enlever avec des tenailles incisives ou avec une scie, après les avoir isolés des parties molles qui y adhèrent. Mais si l'on peut, par une longue pression, faire disparaître peu à peu cette saillie, ce moyen est préférable au premier, non-seulement parce qu'il conserve une ou plusieurs dents, que l'opération est moins compliquée et moins douloureuse, mais encore parce qu'il donne une guérison sans difformité; au lieu que l'ablation des os intermaxillaires est toujours suivie d'une diminution sensible dans l'étendue de la mâchoire supérieure, qui cesse par là d'être en rapport exact avec l'inférieure.

Le bec-de-lièvre étant débarrassé de toute complication, rien ne s'oppose plus à ce qu'on procède à l'opération proprement dite.

Cette opération consiste à exciter un suintement purulent sur les bords de la division, ou bien à les rendre saignants, et à les maintenir en contact. On remplit la première indication en excoriant leur partie rouge et un peu de la peau, ou en en faisant la résection.

Pour excorier les bords de la division, on a conseillé de les couvrir d'un emplâtre vésicant pendant douze heures, ou de les toucher avec un pinceau trempé dans une solution de pierre à cautère, ou dans l'acide sulfurique. Ce procédé a plusieurs inconvénients : l'excoriation ne changeant point la forme arrondie des bords de la division, quand on les met en contact, ils ne se touchent que par un point, en sorte que s'ils s'agglutinent dans cet état, il reste entre eux, antérieurement et postérieurement, une espèce de gouttière qui est un objet de difformité : l'adhésion des parties qui suppurent étant beaucoup plus difficile et plus lente que celle des parties saignantes, si l'on emploie les emplâtres agglutinatifs et le bandage pour maintenir en contact les bords excoriés, les muscles se dérobant à l'action de ces moyens, leur rétraction écartera ces bords, surtout dans leur partie inférieure; cette partie perdra bientôt les conditions nécessaires à la réunion en se couvrant d'une cicatrice, et la guérison du bec-de-lièvre sera incomplète, ou, ce qui revient au même, il restera une échancrure au bord de la lèvre. Si, pour prévenir cet inconvénient, on a recours à la suture, les aiguilles ou les fils auront coupé les par-

ties qu'ils embrassent bien longtemps avant la réunion des bords de la division. Ces inconvénients ont éloigné les praticiens de l'emploi de ce procédé, et malgré les éloges que Louis lui a prodigués, il est tombé en désuétude. On ne doit y avoir recours que lorsque le bec-de-lièvre est simple, et que le malade a une répugnance insurmontable pour l'instrument tranchant.

La résection n'a aucun de ces inconvénients, et convient dans tous les cas. On peut la faire avec des ciseaux ou avec un bistouri. Les ciseaux sont plus commodes pour le chirurgien qui n'a pas une grande habitude de se servir du bistouri dans cette opération; mais ils ont des désavantages sur celui-ci. Quelque bien construits qu'ils soient, les ciseaux ne coupent qu'en pressant et en mâchant pour ainsi dire; leur action est par conséquent plus douloureuse que celle du bistouri; le froissement et la meurtrissure qui résultent de l'action de ces lames croisées sur les parties qu'on entame peuvent, lorsqu'ils sont considérables, apporter quelque obstacle à la consolidation des lèvres de la plaie. La section faite avec les ciseaux n'est jamais exactement perpendiculaire aux surfaces de la lèvre; elle se compose de deux plans, dont l'un est oblique de dehors en dedans, et de devant en arrière; l'autre de dedans en dehors, et de derrière en devant, et qui se réunissent à angle très-obtus, au milieu de l'épaisseur de la lèvre. Il résulte de là que, quelque attention qu'on apporte dans la réunion des bords de la division, il reste entre eux antérieurement un léger écartement qui rend la cicatrice plus large et plus apparente.

La section faite avec un bistouri est moins douloureuse, plus nette, plus régulière, et perpendiculaire dans toute son étendue à la surface de la lèvre. Elle est par conséquent plus favorable à la coaptation des bords de la division, à leur agglutination, et la cicatrice qui résulte de cette agglutination est purement linéaire et à peine visible.

Au reste, soit qu'on se serve du bistouri ou qu'on emploie les ciseaux, pour bien faire la résection des bords du bec-de-lièvre, on doit retrancher toute la partie de ce bord qui est arrondie et rouge, et anticiper même d'une demi-ligne sur la peau. Il faut aussi emporter la partie arrondie en forme de bourrelet vermeil, qui se trouve inférieurement de chaque côté de la fente; sans cela la réunion serait inégale en bas, et il resterait une difformité. Lorsque les bords de la division ont la même longueur, on doit en retrancher également de l'un et de l'autre; mais si leur longueur est inégale, il faut que la por-