

SECTION XXX.

MALADIES DES LÈVRES.

CHAPITRE I.

ANOMALIES.

ATRÉSIE. On désigne sous ce nom toutes les variétés d'étroitesse présentées par l'orifice buccal.

Ce vice de conformation est très-rarement *congénital* : alors tantôt l'ouverture de la bouche offre seulement des dimensions exigües (*atrésie incomplète*), tantôt la même ouverture manque complètement (*atrésie complète* ou *imperforation*). Le plus communément, le rétrécissement de l'orifice buccal est la conséquence de blessures de divers genres avec ou sans perte de substance des lèvres, de brûlures, d'ulcérations varioliques, syphilitiques, scrofuleuses (lupus), de gangrène (pustule maligne). De ces diverses lésions résultent des variétés d'atrésie : celle-ci peut exister sans perte de substance des lèvres et sans adhérences de celles-ci aux mâchoires ; ou bien, au contraire, l'atrésie est accompagnée d'une perte de substance plus ou moins étendue des lèvres et même d'adhérences aux mâchoires de la portion restante de ces replis.

Les conséquences varient en raison du degré de rétrécissement de l'ouverture buccale, de l'étendue de la perte de substance concomitante. Il en résulte toujours une difformité plus ou moins choquante, de la difficulté pour introduire les aliments, une gêne de la mastication, parce que les lèvres ne se prêtent plus à l'écartement des mâchoires, des troubles dans l'exercice de la parole. Lorsque l'orifice buccal est très-étroit, la préhension des aliments est très-difficile, et il en résulte des troubles de la nutrition. Les effets de l'inanition sont encore augmentés par la perte incessante de la salive, en cas de perte de substance concomitante de la lèvre inférieure. Même dans les cas d'atrésie simple, les aliments ne peuvent, chez quelques sujets, être retenus dans le vestibule buccal, et s'échappent incessamment après avoir été introduits derrière les lèvres.

Le traitement est palliatif ou curatif :

Lorsque les malades refusent toute opération sanglante, il faut les nourrir en introduisant dans la bouche des aliments semi-liquides au moyen d'un biberon, ou bien dilater l'orifice buccal quelques heures avant le repas, soit avec de l'éponge préparée, soit avec de la racine de gentiane.

Pour rétablir les dimensions de l'orifice buccal, on a proposé plusieurs

méthodes. L'*incision simple* des commissures est insuffisante, parce que les bords de la solution de continuité ne tardent pas à se réunir, *malgré la précaution de les écarter tous les jours, au moyen d'un stylet*. Le procédé de Rudtorffer pour séparer les adhérences des doigts (incision après introduction et séjour d'un fil de plomb à une certaine distance des angles de l'orifice buccal rétréci) a été appliqué sans succès à l'atrésie des lèvres. L'*incision des angles de l'orifice buccal, suivie immédiatement de la suture des bords cutané et muqueux de chaque division*, a donné au contraire de beaux résultats à Serre (de Montpellier). Ce procédé a l'avantage de ne faire aucune perte de substance sur les côtés de l'orifice buccal. Werneck et Dieffenbach préfèrent *retrancher*, des deux côtés de cet orifice, une couche épaisse de parties molles, en *respectant la muqueuse subjacente* ; ils divisent ensuite la muqueuse dans le sens *transversal* et en renversent les bords comme un ourlet, pour les réunir par la suture au bord sanglant de la peau.

Lorsqu'il existe une atrésie de l'orifice buccal et une perte de substance des lèvres, il faut combiner le procédé de Serre avec une *chéiloplastie*. S'il y a atrésie, perte de substance des lèvres et adhérences de celles-ci aux mâchoires, la difficulté d'empêcher la reproduction des adhérences après la section de celles-ci commande de s'abstenir de toute opération sanglante, si le sujet peut encore introduire des aliments dans la bouche.

HYPERTROPHIE. C'est un état morbide plus commun à la lèvre supérieure qu'à l'inférieure. Tantôt l'hypertrophie ne comprend que la portion correspondant au bord libre de la lèvre, qui est alors légèrement renversée en dehors et présente un bourrelet rouge ou un simple bourgeon rouge, suivant que le renversement porte sur toute la longueur du bord libre ou sur une petite portion de celui-ci. Tantôt l'hypertrophie s'étend à toute la hauteur de la lèvre, et alors elle siège principalement dans le tissu cellulaire sous-muqueux qui est épaissi et infiltré (Paillard). La première forme est parfois congénitale, ou bien elle se développe après la naissance, chez les sujets qui jouent habituellement du cor. La seconde forme est commune chez les scrofuleux et semble reconnaître souvent pour point de départ des inflammations eczémateuses, herpétiques, impétigineuses de la lèvre. Dans les deux cas, il y a une difformité. On remédie à l'hypertrophie qui ne porte que sur le bord libre, par l'excision de la portion exubérante de la muqueuse, opération que l'on exécute en saisissant avec une pince à griffes la partie saillante et en coupant avec des ciseaux la base du repli ainsi formé. Les bords de la solution de continuité sont réunis par la suture simple.

L'hypertrophie qui s'étend à toute la hauteur de la lèvre disparaît souvent, chez les enfants, par un traitement interne antilymphatique. Lorsque ce moyen échoue chez l'adolescent ou chez l'adulte, on peut, ainsi que l'a proposé Paillard, pratiquer, dans toute la hauteur de la lèvre, l'excision de la portion de muqueuse qui tapisse la face postérieure de la lèvre. Pour cela, un aide ayant saisi la commissure gauche, le chirurgien, tenant entre deux doigts la commissure droite, fait sur le bord libre une incision qui s'étend d'une commissure à l'autre ; la muqueuse est disséquée de bas en

haut, s'il s'agit de la lèvre supérieure, dans une étendue et à une profondeur convenables; on excise la base du lambeau avec le bistouri ou des ciseaux. Les bords de la solution de continuité sont abandonnés à une cicatrisation secondaire ou réunis par la suture.

BEC-DE-LIÈVRE.

C'est une difformité consistant en une division verticale plus ou moins étendue de la lèvre.

Le bec-de-lièvre est *congénital* ou *acquis*. Ce dernier est la conséquence d'une blessure dont les bords n'ont pas été réunis. Il ne sera question ici que du bec-de-lièvre congénital; les procédés de réunion imaginés pour ce dernier (voy. p. 404) peuvent être appliqués au bec-de-lièvre accidentel.

Causes. Il est généralement admis aujourd'hui que le bec-de-lièvre est le résultat d'un *arrêt de développement*. Les recherches de Costé ont permis de s'assurer que la bouche se forme aux dépens de trois bourgeons: le *médian* ou *naso-incisif* et les *latéraux* ou *maxillaires*. Le bourgeon *médian* ou *naso-incisif*, divisé en deux bourgeons secondaires, donne naissance au nez, à la cloison des fosses nasales, aux os intermaxillaires et à la *partie médiane de la lèvre supérieure*. Les bourgeons *maxillaires inférieurs*, en se soudant ensemble, produisent la *lèvre inférieure*, la mâchoire inférieure et tout le plancher de la bouche. Les bourgeons *maxillaires supérieurs* se soudent l'un à l'autre en arrière, et aux deux tubercules du bourgeon incisif en avant. C'est ainsi que la lèvre supérieure, constituée primitivement par *trois* et même par *quatre* parties distinctes, forme un tout continu. Les deux moitiés latérales qui forment la lèvre inférieure se réunissent généralement au vingtième jour. Si la fusion ne s'opère pas, il y a bec-de-lièvre de la lèvre inférieure et la solution de continuité occupe la ligne médiane. Les quatre parties qui constituent primitivement la lèvre supérieure sont moins précoces dans leur développement: admettez qu'une des parties latérales ne se réunisse pas aux portions médianes, et vous aurez un bec-de-lièvre unilatéral; si les deux parties latérales ne se soudent pas au bourgeon médian, il y a bec-de-lièvre bilatéral; si les deux portions dont se compose le bourgeon *incisif* ne se soudent pas, et que néanmoins les bourgeons maxillaires supérieurs se réunissent aux côtés du bourgeon incisif, le bec-de-lièvre *unilatéral* occupera la ligne médiane.

C'est encore par le mode de développement des parties qu'on se rend compte des complications présentées par le bec-de-lièvre; en effet, la soudure des os maxillaires supérieurs et des os incisifs n'a lieu qu'au quarantième jour. Si la réunion ne s'effectue pas, il y a division congénitale de la voûte palatine, division qui se prolonge en avant sous forme d'une fente unique ou double.

Variétés. Le bec-de-lièvre atteint généralement la lèvre *supérieure*; on cite comme seuls exemples de division anormale congénitale de la lèvre *inférieure*, les faits observés par Meckel, Nicati, Bouisson. Il ne s'agira

donc, dans le reste de cette description, que du bec-de-lièvre de la lèvre supérieure.

Le plus souvent la lèvre ne présente qu'une seule division (bec-de-lièvre *unilatéral*); quelquefois il en existe deux (bec-de-lièvre *bilatéral*). Lorsque la division est unique, elle est sur le côté de la ligne médiane, et plus souvent à *gauche* qu'à *droite* de cette ligne. Toutefois, Nicati, Blandin, Bouisson, Bitot, ont observé des cas de scissure de la lèvre supérieure au niveau de la *ligne médiane*.

Lorsque la division de la lèvre est unique (bec-de-lièvre *unilatéral*), la fente occupe en hauteur une partie ou la totalité de la lèvre; dans le dernier cas, l'extrémité supérieure de la fente est ouverte dans la narine. Le bord interne de la division anormale se dirige verticalement, le bord externe se porte obliquement en bas et en dehors; l'écartement entre les deux bords est d'autant plus marqué qu'on se rapproche d'avantage de l'extrémité inférieure ou buccale de la solution de continuité; il augmente quand le sujet rit ou pleure. Les bords du bec-de-lièvre sont arrondis, lisses, recouverts par une membrane rouge et molle, ayant les caractères de la muqueuse buccale. Il existe un angle droit ou légèrement obtus, au niveau du point de rencontre des bords de la fente anormale et du bord libre de la lèvre. Le nez est écrasé, aplati, élargi du côté de la fissure.

En cas de division double de la lèvre (bec-de-lièvre *bilatéral*), il existe, au-dessous de chaque narine, une fente de la lèvre présentant les caractères déjà indiqués; dans l'intervalle de ces deux fentes se trouve une portion appelée *tubercule médian*, de forme sphéroïdale, conique ou parallélogrammique. Le nez est aplati des deux côtés et élargi.

Complications. Elles varient d'après l'espèce de bec-de-lièvre:

Dans le bec-de-lièvre unilatéral, lorsque la division de la lèvre se prolonge en haut, il y a parfois *bifidité du lobe* ou *des ailes du nez*; il n'est pas rare de trouver une *adhérence de la lèvre à la portion de gencive* avoisinant la scissure; quelquefois la solution de continuité de la lèvre se prolonge sur la portion correspondante de l'*arcade alvéolo-dentaire*, au niveau du point de jonction de la partie latérale et de la partie médiane de cet os; ou bien, il y a une *simple division du voile du palais*, ou bien seulement de la *voûte palatine*, ou bien à la fois du voile du palais, de la voûte palatine et de l'*arcade alvéolo-dentaire*. L'absence totale de la voûte palatine est rare, et coïncide généralement avec d'autres difformités incompatibles avec la vie.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral, il peut y avoir des adhérences et en même temps une brièveté plus ou moins considérable du tubercule médian; division d'un seul ou des deux côtés de l'os maxillaire supérieur; sans saillie concomitante de l'os intermaxillaire, ou au contraire saillie plus ou moins prononcée de cet os. Lorsqu'il y a absence de la partie moyenne de la lèvre supérieure, de l'*arcade alvéolaire*, de la voûte palatine et de la cloison des fosses nasales, la difformité est appelée *gueule de loup*.

Troubles fonctionnels. Le bec-de-lièvre unilatéral et simple n'empêche pas le nouveau-né de têter. Plus tard, il y a de la gêne dans la sputation, la mastication et la prononciation. Les troubles sont plus marqués lorsque