

ARTICLE XIV.

DU BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNITAL. — CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉPOQUE DE L'OPÉRATION. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE M. DUPUYTREN. — DU BEC-DE-LIÈVRE ACCIDENTEL.

Parmi les vices de conformation par défaut de développement ou par *agénèse*, comme les nomme M. Breschet, il est un genre qu'il a établi, et auquel il a imposé le nom de *diastématique*. Tous les vices de conformation qui composent ce genre sont par arrêt de développement, et existent sur la ligne médiane du corps. On rencontre quelquefois plusieurs de ces fissures sur le même individu. C'est à cette agénèse qu'il faut rapporter les hernies congéniales du cerveau, du cervelet, la fusion des deux yeux, pour constituer la monopsie, la fente du voile du palais, du palais, de la lèvre supérieure (bec-de-lièvre), de la lèvre et de la mâchoire inférieure, la fente du sternum, la séparation de la ligne blanche de l'abdomen, l'exstrophie de la vessie, l'épispadias, le spina-bifida, etc.

Pour bien concevoir le mode de formation de ce vice de conformation, il faut se rappeler les lois de l'embryogénie. Deux points primitifs appartiennent aux parties latérales du corps, et le développement procède des parties latérales vers le centre.

Cependant avant que les parties latérales qui convergent l'une vers l'autre soient arrivées au contact, il paraît entre elles une troisième pièce composée de deux noyaux. Ce noyau constitue les os inter-maxillaires dans l'homme et dans les animaux pour la mâchoire supérieure, l'apophyse épineuse pour la colonne vertébrale, etc.

Si maintenant nous supposons que le développement se soit arrêté par une cause quelconque, c'est surtout vers les parties dont la formation doit se faire en dernier, que l'on

trouvera une fissure. C'est pourquoi nous découvrons si souvent sur les enfants nouveau-nés des fentes aux os du crâne, à la lèvre supérieure, à l'ombilic, au pubis, à la colonne épinière, etc.

Nous avons dit que dans le bec-de-lièvre il existait, s'il est profond, et si les os participent à la fissure, un tubercule médian sur lequel sont souvent implantées des dents. Ce tubercule osseux se prolonge en arrière, comme l'ont très bien représenté Kerkringius, Albinus, Sandifort, et plus récemment M. Nicati (1). M. Breschet a déposé dans le Muséum d'anatomie pathologique de Dupuytren plusieurs squelettes de fœtus et d'enfants qui étaient affectés de bec-de-lièvre, sur lesquels on voit la pièce médiane et son pédicule. Cette pièce est séparée en deux, et chaque partie forme un os intermaxillaire.

Ces os intermaxillaires, indiqués déjà par Galien et Vésale, et que Blumenbach a décrits avec beaucoup de soin en donnant leurs caractères différentiels dans les animaux et chez l'homme, ne sont plus aujourd'hui un sujet de doute pour les véritables anatomistes.

Cependant on croyait que Vésale et Galien n'avaient décrit ces os intermaxillaires chez l'homme que parce qu'ils avaient attribué à l'espèce humaine des dispositions propres aux animaux et particulièrement aux singes. En vain Vicq-d'Azyr (2) avait cherché à établir des analogies, et même une identité de dispositions du palais et de la mâchoire supérieure de l'homme et des animaux; on restait incrédule: mais une conversion a été opérée par les paroles d'un poète. C'est à Goethe (3) qu'on attribue la découverte des os intermaxillaires dans l'homme. En 1820, lorsqu'il fit imprimer sa *Morphologie*, il répéta ce qu'il avait écrit en 1786. Depuis cette époque, la plupart des anatomistes, et surtout des em-

(1) *De labii leporini congeniti naturâ et origine. Amstelodami, 1822.*

(2) *Observations sur trois singes. Mém. de l'Acad. des sciences, 1780.*

(3) *Dem Menschen wie den Thieren ist ein Zwischenknochen der obern Kinnlade zuzuschreiben. Iéna, 1786. Morphologie, Stuttgart, 1820.*

bryologistes, ont parlé de l'existence et de la disposition des os intermaxillaires dans l'homme et les animaux : ainsi Spix, Sæmmering, Autenrieth, Blumenbach, Senff, Meckel, Béc-lard, Serres, ont confirmé par de nouvelles observations ce qu'on savait déjà, mais ils n'ont pas beaucoup ajouté à nos connaissances. Peu familier avec tous les beaux travaux d'anatomie comparée de notre temps, et particulièrement avec ceux qui concernent l'embryologie, un anatomiste a voulu soutenir dernièrement que les os intermaxillaires n'existent pas chez l'homme. C'est tout simplement aller contre l'évidence, et rester en arrière de son siècle.

Le bec-de-lièvre peut être labial, palatin, ou l'un et l'autre ; il peut être simple ou n'exister que d'un côté, ou double et se montrer alors de deux côtés avec un tubercule médian.

Lorsqu'il est simple, on ne le voit jamais sur la ligne médiane, mais un peu de côté et le plus souvent à gauche. Nous avons expliqué cette différence par la précocité plus grande du développement des parties droites sur les parties gauches, ce qui est la cause de leur prédominance et de leur prépondérance d'action physiologique.

Pourquoi cette plus grande rapidité des parties droites ? Cela tient au vaisseau du cordon qui ramène le sang du placenta pour aller le distribuer dans le foie, qui est un peu plus à droite qu'à gauche ; c'est aussi cette même raison qui donne à la moitié droite du rachis un développement plus hâtif, d'où résulte le rejet ou le refoulement de l'artère aorte à gauche.

A la rigueur, on pourrait avancer que le bec-de-lièvre n'est presque jamais précisément sur la ligne médiane du corps, car on ne le rencontre pas entre les deux os intermaxillaires, mais les deux os soudés sont refoulés d'un côté ou de l'autre. On peut dire aussi que le tubercule médian, formé par ces deux pièces osseuses, n'est pas régulièrement développé ; il y a le plus souvent un des deux os plus petit que l'autre. Le bec-de-lièvre peut aussi être compliqué de la fente du palais avec ou sans développement de la cloison médiane du nez,

de la division du voile du palais et de la luvette, et même de la colonne vertébrale. Cette séparation vers la base du crâne se prolonge aussi quelquefois sur la face, et produit un état fort singulier du nez, la fusion des yeux, l'ouverture des os du crâne sur la ligne médiane, et la séparation de l'encéphale en deux moitiés latérales. On sait que dans le développement du cerveau, l'apparition des commissures appartient à la dernière période de l'évolution de cet organe. Toutes ces déviations organiques nous paraissent donc parfaitement en harmonie avec les lois de l'embryogénie. Ces considérations, ajoute M. Dupuytren, ne sont qu'une analyse rapide d'un travail que M. Breschet m'a communiqué.

Voyons à présent par quels moyens on peut remédier à ce vice de conformation.

L'opération du bec-de-lièvre, fort simple dans la majorité des cas, présente cependant deux points capitaux et encore indécis dans son histoire ; je veux parler de l'époque convenable pour la pratiquer, et du traitement applicable à une complication jusqu'à présent mal observée.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur la première question. Beaucoup de praticiens ont été d'avis qu'il fallait attendre le temps où les enfants sont en état d'apprécier leur difformité. Ils se fondaient sur la plus grande épaisseur des lèvres, à cette époque, et sur la fermeté nécessaire du tissu pour supporter la suture. Beaucoup de médecins pensent encore qu'il vaut mieux n'opérer les individus affectés du bec-de-lièvre que vers la fin de la troisième année, excepté dans les cas où l'allaitement pourrait être empêché. Les tissus, disent-ils, devenus plus solides, sans avoir rien perdu de leur extensibilité, peuvent résister à l'action des aiguilles. Plus raisonnables, d'ailleurs, les enfants se soumettent assez facilement aux précautions par lesquelles on assure le succès de l'opération.

D'autres ont cru qu'on pouvait opérer les enfants nouveau-nés, parce que les lèvres, garnies de vaisseaux sanguins dont partie s'oblitére en peu de temps, guérissent avec plus de promptitude qu'à une époque plus éloignée. D'ail-

leurs ces enfants ont moins de sujets de tiraillement, et n'ont pas encore acquis l'habitude des mouvements de succion. Mais, ajoute M. Dupuytren, il n'est pas sûr d'opérer à l'instant même de la naissance, parce que les chairs sont trop molles, trop facilement sécables par les aiguilles; et parce qu'enfin la mortalité générale, indépendante de toute cause particulière, étant plus forte à cet âge qu'à aucune autre époque de la vie, il serait imprudent d'augmenter les chances de mort qui pèsent sur le nouveau-né, de la chance nouvelle apportée par l'opération. Voilà les inconvénients; sont-ils balancés par les avantages? Sans doute, il serait important d'opérer d'aussi bonne heure, afin de rendre à l'enfant la faculté de sucer et de prendre le sein; mais ce penchant à téter, cette habitude de succion est précisément une des causes qui s'opposent le plus au succès de l'opération. Si l'on évitait cet inconvénient, l'opération à la naissance aurait un argument puissant en sa faveur; mais l'enfant suce par instinct, même avant d'avoir pris le sein: l'obstacle est aussi puissant alors qu'il le sera plus tard.

L'époque la moins convenable de toutes n'est cependant pas celle-là; et l'on conçoit mal comment tant d'auteurs ont préféré l'âge de quatre à cinq ans, en alléguant que l'enfant, assez raisonnable pour sentir la nécessité et prévoir le succès, se prêtera mieux à l'opération et supportera la douleur avec plus de courage. L'expérience, continue M. Dupuytren, aurait dû les détromper. A cet âge, les enfants ont juste assez de connaissance pour prévoir, pour sentir, pour se rappeler la douleur, sans que la raison soit assez forte pour engager à la supporter; ils cherchent à y échapper autant qu'il dépend d'eux, et font tout ce qu'il est possible pour entraver l'opération. Tout au plus peut-on obtenir quelque tranquillité chez de petites filles déjà soutenues par la coquetterie, et auxquelles on monte facilement la tête; les garçons, insensibles à ce motif, sont complètement indociles. Récemment, dit M. Dupuytren, nous en avons encore fait l'expérience.

Plus tard, la raison et le courage sont à la vérité plus dé-

veloppés; mais si les os participent à la division, leur compacité augmentée laisse aussi moins d'espoir d'obtenir leur réunion. En tout état de choses, il est avantageux d'opérer de bonne heure; les difformités sont moindres, et celles mêmes qui provenaient de l'écartement ou de la déviation des os disparaissent. Par toutes ces raisons, dit M. Dupuytren, je pense qu'il convient d'opérer à trois mois; alors la vie est plus assurée, et les chances de mortalité moindres qu'à la naissance; l'enfant sent la douleur, mais il l'oublie dès qu'elle est passée, et n'entrave en rien les suites de l'opération.

Cette pratique est depuis long-temps la mienne, et je l'ai toujours vue couronnée de succès. La réunion des parties divisées a réellement lieu avec une rapidité merveilleuse.

Mais il est un autre point de l'opération du bec-de-lièvre sur laquelle je crois devoir appeler votre attention. Quand il y a un tubercule médian saillant avec deux scissures latérales très prononcées: ou bien on retranche la portion osseuse qui le soutient, ou bien on tâche, avec plus ou moins de succès, de la repousser en place. Les auteurs qui ont rapporté les observations heureuses dans les deux cas ont sans doute regardé comme trop peu de chose la difformité qui résulte de leurs procédés pour s'arrêter sur ce point, du moins tous l'ont passée sous silence. Il vaut cependant la peine d'être examiné.

Le tubercule médian fait-il saillie en avant, il faut faire attention au point où il s'insère à la cloison du nez; de là dépendent souvent et le degré de la saillie et le procédé à suivre. Quand cette insertion se rapproche de la pointe du nez, et qu'on rattache le tubercule aux portions latérales de la lèvre, celles-ci l'attirent en arrière; la pointe du nez suit le mouvement; alors les ailes s'écartent, et le nez tout entier demeure aplati, écrasé, offrant l'aspect le plus désagréable, et ressemblant plus à un mufle d'animal qu'à toute autre chose. J'ai eu plus d'une fois à regretter, continue M. Dupuytren, d'avoir laissé aux enfants que j'opérais une difformité pour une autre, et qui n'était souvent pas moindre que

la première. Que sera-ce si l'insertion du tubercule a lieu précisément au bout du nez? Or, ce cas, oublié par les auteurs, n'est point rare. Je l'ai vu plusieurs fois; il y a peu de temps encore, je fus appelé pour opérer un bec-de-lièvre de ce genre. Frappé des difformités qui résultaient des procédés mis jusqu'alors en usage, j'ai imaginé le mode opératoire suivant. Le tubercule charnu est séparé avec le bistouri de son support osseux; celui-ci est réséqué avec des pinces; puis on relève horizontalement en arrière la portion charnue dont on a rafraîchi les bords, et on l'emploie tout entière à former la cloison ou une portion de la cloison inférieure des narines. Alors, soit qu'on attende la réunion, soit qu'on achève à l'instant l'opération, le bec-de-lièvre, réduit à sa plus grande simplicité, est opéré à l'ordinaire et réuni avec les aiguilles; un bandage suffit pour maintenir le tubercule en place.

J'ai tenté, il y a quelque temps, ce procédé nouveau sur un enfant malheureusement fort indocile, ce qui surchargea l'opération de difficultés sans nombre. Le tubercule osseux excisé, et la peau rapportée en arrière pour former la cloison des narines, on l'assujettit par un bandage et on attendit la réunion. A la levée de l'appareil, la réunion paraissant assurée, les mouvements de l'enfant occasionnèrent un léger écoulement de sang. L'aide ne crut pouvoir mieux faire que de saisir le tubercule avec les doigts pour arrêter l'hémorrhagie; cela suffit pour rompre les adhérences encore un peu molles. On opéra néanmoins le bec-de-lièvre; les aiguilles furent mises en place avec de grandes difficultés, l'enfant opposant une lutte continuelle; enfin, à force de soins, on parvint à réunir le bec-de-lièvre inférieurement; mais en haut il est resté un écartement à peu près du diamètre d'une tête d'épingle, et le succès n'a pu d'abord être complet. Aujourd'hui cet enfant vous sera présenté, et vous pourrez constater l'efficacité de ma méthode.

C'est seulement lorsque le tubercule labial s'insère près de l'épine osseuse nasale, qu'il est indiqué de la conserver comme partie intégrante de la lèvre. Dans ces cas, M. Du-

puytren retranche aussi une portion du tubercule osseux sous-jacent. M. Malgaigne, dans un article qu'il a publié dans la *Gazette médicale*, émet l'opinion que cette manière d'agir n'est pas toujours sans inconvénients. Le plus grave, selon lui, est l'ablation des germes dentaires de deux, trois, ou même des quatre incisives. Nous verrons plus tard que cette objection est plus spécieuse que solide. L'opération n'est pas d'ailleurs toujours exempte de danger: on peut en juger par l'observation suivante.

Obs. I. — *Bec-de-lièvre double. — Excision du tubercule osseux. — Hémorrhagie. — Mort.* — Dans les premiers jours d'août 1832, on reçut à l'Hôtel-Dieu un enfant de trois mois, atteint d'un bec-de-lièvre congénial double, assez compliqué. A droite, la division occupait toute la hauteur de la lèvre, toute la voûte palatine et le voile du palais; à gauche, la scission n'avait point une aussi grande étendue. Le tubercule moyen prenait son insertion assez près de l'épine nasale, en sorte qu'on crut possible de le faire servir à la confection de la lèvre. On la sépara donc du tubercule osseux, et celui-ci fut incisé avec des ciseaux; il renfermait le germe de deux incisives; le reste de l'opération fut remis à un autre jour. Il s'était écoulé d'abord un peu de sang, puis l'hémorrhagie avait paru cesser; mais les efforts de succion de l'enfant la firent renaître, et on fut obligé de cautériser. Le sang avalé fut en partie rendu par les selles, et, au jour fixé pour l'achèvement de l'opération, l'enfant étant trop faible, on la différa. Mais la faiblesse ne fit qu'augmenter; le lambeau médian se gangrena, et l'enfant ne tarda pas à succomber. On ne put en faire l'autopsie. Plusieurs circonstances, parmi lesquelles nous notons la perte abondante du sang, le séjour de ce liquide dans les voies digestives, peuvent donc compromettre la vie du sujet; hâtons-nous de dire que cette terminaison est excessivement rare. Le sang avalé n'est jamais digéré. En général, il est rendu par les vomissements; mais s'il reste dans le tube digestif, il ne tarde pas à l'altérer, devient un point d'irritation, détermine de la douleur et du dévoiement. Aussi doit-on favoriser son expulsion, s'il tarde

trop à sortir, en administrant des lavements purgatifs. L'écoulement du sang dans la bouche détermine d'ailleurs un mouvement de succion qui devient habituel aux enfants, et qui peut même occasionner la destruction de la cicatrice, si elle existe.

Vous avez vu, continue M. Dupuytren, le très jeune enfant opéré par moi en ville, pour remédier à cette variété du bec-de-lièvre, où le tubercule labial moyen, isolé de la lèvre par deux divisions latérales, s'insère presque immédiatement au bout du nez, et vous avez constaté que mon procédé remédiait parfaitement à l'aplatissement du nez qui servait une conformation très régulière. Mais le résultat seul vous avait été présenté, et vous manquiez de données précises sur l'étendue de la difformité et sur les circonstances de l'opération. Le second fait que vous avez eu sous les yeux et dont nous allons reprendre l'histoire, a dû ne vous laisser aucun doute sur l'avantage de ce procédé.

OBS. II. — *Bec-de-lièvre congénial double. — Tubercule labial inséré au bout du nez. — Opération. — Succès complet.* — Louise Rouzon, âgée de quatorze ans, entrée à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours d'octobre 1832, fut couchée salle Saint-Jean, n° 39. Elle était affectée d'un bec-de-lièvre double et congénial très compliqué. En effet, le tubercule osseux moyen, constitué par les os incisifs, faisait en avant une saillie qui dépassait de plus de six lignes le plan des os maxillaires supérieurs; des quatre incisives qu'il supportait, les deux moyennes, fort volumineuses, dirigées en bas, s'inclinaient en avant par leurs bords externes, en sorte que la réunion des bords internes figurait un angle en haut; au-devant du tubercule osseux se trouvait un tubercule charnu, à peu près circulaire, tirant son origine immédiatement du bout du nez, dont il n'était séparé que par un sillon à peine sensible, et tellement dirigé en avant qu'il semblait continuer en bas la direction du nez lui-même. En dehors de cette portion moyenne, les deux ouvertures des narines se confondaient par deux larges fentes avec l'ouverture buccale. En arrière, ces deux fentes aboutissaient à une

division unique, séparant dans toute sa longueur la voûte palatine, le voile et la luette; en sorte qu'il en résultait à l'extérieur une horrible difformité, et à l'intérieur une communication complète entre les fosses nasales et la cavité buccale. C'était là le vrai type du bec-de-lièvre compliqué, tel que M. Dupuytren l'avait signalé, et pour lequel ce praticien célèbre avait imaginé et déjà mis à exécution son nouveau procédé opératoire. Le 5 octobre, la jeune malade y fut soumise de la manière suivante.

M. Dupuytren la fit asseoir en face de lui, la tête renversée en arrière et solidement maintenue sur la poitrine d'un aide. Il divisa avec un bistouri le repli muqueux qui unissait le tubercule cutané au tubercule osseux; puis, avec des tenailles incisives bien tranchantes, il excisa de ce dernier tout ce qui dépassait le plan antérieur du maxillaire. Ce premier temps de l'opération terminé, avec un bistouri pointu, il rafraîchit les bords latéraux du tubercule interne, puis son rebord inférieur; puis enfin, avec de forts ciseaux, il rafraîchit à leur tour les bords verticaux de chaque portion latérale de la lèvre. Toutes ces incisions faites, la réunion fut pratiquée de la manière suivante: une aiguille enfoncée à une ligne environ du bord ravivé du côté gauche de la lèvre, très près de son bord libre, fut dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, en comprenant moitié environ de l'épaisseur des parties molles, puis on la fit traverser obliquement l'autre côté en sens contraire, c'est-à-dire de haut en bas et de dedans en dehors. Cette marche, qui d'ailleurs n'est pas nouvelle, avait pour but de favoriser la formation d'une saillie médiane à la lèvre. La première aiguille arrêtée par une anse de fil, la seconde fut placée transversalement environ à une ligne et demie au-dessus; la troisième, plus longue que les deux autres, avait un objet plus complexe à remplir. On commença par replier le tubercule cutané, saignant de toutes parts, excepté à sa racine et à sa face externe, et on l'appliqua sur la cloison osseuse des narines, en sorte que sa face externe devint inférieure, afin de former ainsi de toutes pièces une sous-cloison aux narines. La troi-