

se réunissant, forment le maxillaire inférieur. Un feuillet muqueux, sorte d'opercule, recouvre tous ces bourgeons, mais disparaît à la fin de la quatrième semaine, de sorte que la face est constituée par une cavité plus ou moins profonde, limitée par les bourgeons formateurs, et ouverte en avant.

A mesure que les bourgeons maxillaires supérieurs tendent à se rapprocher, des modifications importantes se produisent dans le bourgeon médian supérieur. Celui-ci se creuse en effet à sa partie moyenne, et on voit apparaître sur les côtés de cette échancrure deux saillies secondaires encore appelées bourgeons incisifs ou intermaxillaires, parce qu'ils sont destinés à former l'os incisif en se rapprochant.

La rencontre des bourgeons maxillaires et des bourgeons incisifs a lieu à la fin de la cinquième semaine; en même temps des prolongements horizontaux apophysaires, émanés des bourgeons maxillaires supérieurs, vont à la rencontre l'un de l'autre et subdivisent ainsi toute la grande cavité faciale en deux cavités secondaires. Vers le quarantième jour, l'échancrure qui séparait les bourgeons incisifs disparaît, et de cette façon les os incisifs et la lèvre supérieure se trouvent complétés. La cavité nasale est à son tour subdivisée en deux parties par une cloison verticale née d'un appendice du bourgeon médian.

Quatre parties concourent donc à la formation de la lèvre supérieure. Ce sont : sur la ligne médiane, les deux bourgeons incisifs; latéralement, les deux bourgeons maxillaires supérieurs. Il existe ainsi deux lignes de soudure latérales et une médiane; chacune d'elles pourra devenir l'origine de malformations. De même, les bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs sont primitivement séparés l'un de l'autre par une fente; enfin les bourgeons maxillaires inférieurs doivent normalement se souder sur la ligne médiane. Avec ces données, il nous sera facile de comprendre les variétés du bec-de-lièvre.

Variétés. — Les auteurs admettent deux sortes de bec-de-lièvre, *simple* ou *composé* : le premier n'intéresse que les parties molles des lèvres; le second, au contraire, résulte d'un vice de conformation plus étendu; à la division de la lèvre s'ajoute celle des os qui forment la voûte palatine et celle du voile. Nous nous servirons indistinctement des dénominations de bec-de-lièvre simple ou superficiel, compliqué ou profond.

A. — BEC-DE-LIÈVRE SUPERFICIEL OU SIMPLE

La division porte sur les parties molles seules, mais l'absence de soudure peut intéresser des points différents. De là les divisions classiques en bec-de-lièvre latéral, médian, commissural ou génien. Suivant l'étendue de la fente, on distingue un bec-de-lièvre complet ou incomplet.

Bec-de-lièvre latéral. — Il est unique ou double; le mode de production de cette malformation est d'ailleurs facile à comprendre. Le défaut de soudure du bourgeon maxillaire supérieur au bourgeon incisif donne naissance au bec-de-lièvre unilatéral qui siège habituellement à gauche, en dehors du sillon sous-nasal; la variété bilatérale a pour cause l'absence de soudure des deux côtés. La lèvre divisée verticalement présente une encoche plus ou moins profonde en forme de V renversé; les bords de la fente s'écartent par l'action des

fibres de l'orbiculaire et des diducteurs. Parfois la solution de continuité de la lèvre remonte jusqu'à la narine, et même on l'a vue se continuer dans le sillon naso-génien.



Fig. 116. — Bec-de-lièvre double avec déviation et adhérence du lobule à la sous-cloison.

Supposons maintenant que le défaut de soudure se soit également produit à droite et à gauche, et nous aurons alors le bec-de-lièvre superficiel bilatéral; on y retrouve les trois parties constituantes de la lèvre supérieure; le tubercule

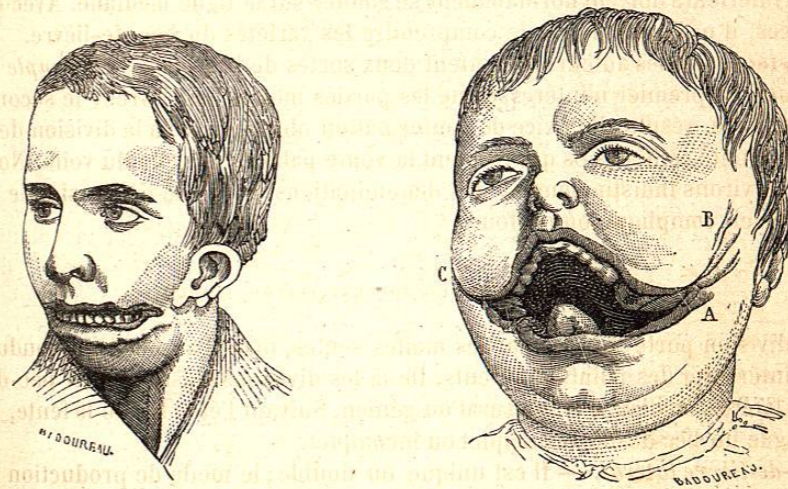


Fig. 117. — Bec-de-lièvre commissural.

Fig. 118. — Bec-de-lièvre commissural double.
D'après MURALT.

médian qui correspond à l'os incisif porte le nom de *lobule médian*. Ce tubercule offre des variétés nombreuses; tantôt il est bien constitué, recouvert d'une muqueuse richement vasculaire, tantôt il est rudimentaire, ratatiné,

atrophie ; ici il est libre de toute adhérence, recouvre les incisives, là il proémine à la façon d'une petite trompe, ailleurs encore il est soudé au lobule du nez (fig. 116). Enfin les encoches latérales peuvent être inégales, plus ou moins hautes ; le nez est en général aplati, ce qui rend la difformité plus hideuse que dans le cas précédent.

Bec-de-lièvre médian. — Cette variété exceptionnelle a été rencontrée aux deux lèvres ; elle résulte de l'absence de soudure des deux moitiés des bourgeons incisifs en haut et des deux bourgeons maxillaires inférieurs en bas. A quoi bon relater les contestations qui se sont élevées à propos des quelques cas publiés ? Nous tenons pour certaine l'existence de cette difformité, tout en

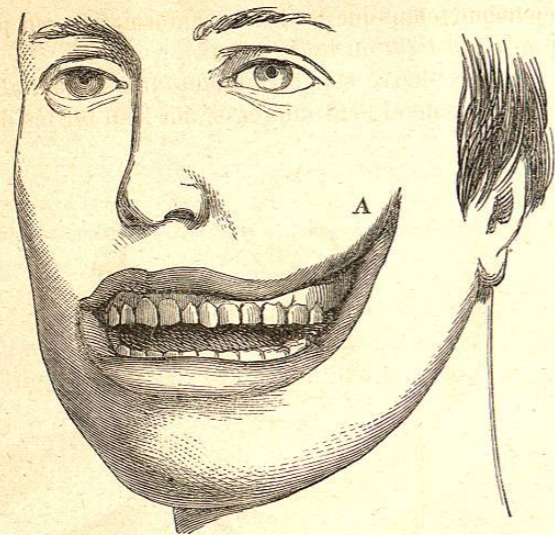


Fig. 119. — Bec-de-lièvre génien. Macrostome.

reconnaissant que c'est une pure curiosité tératologique. Le bec-de-lièvre médian inférieur serait peut-être moins exceptionnel, les exemples épars dans la science ont été réunis par LANNELONGUE (*Soc. de chir.*, 1879) à propos d'un cas qu'il a observé et opéré ; il existait en même temps, comme dans plusieurs observations, une division du maxillaire inférieur sur la ligne médiane.

Bec-de-lièvre génien ou commissural. — Si les bords des bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs ne se soudent pas, la bouche reste démesurément grande, et l'on se trouve en présence du bec-de-lièvre transversal, encore appelé génien ou commissural. DEBOUT, PELTET, auxquels on doit une étude de cette variété, ont publié les cas fort rares de cette anomalie, qui peut être simple ou double, transversale ou oblique. Généralement la fissure se prolonge assez loin en arrière ou en haut ; il en résulte une difformité considérable, et quelquefois, par suite de la situation anormale de l'orifice du canal de Stenon, un écoulement salivaire incommode (fig. 117, 118 119).

B. — BEC-DE-LIÈVRE PROFOND OU COMPLIQUÉ

Il siège aux deux lèvres et beaucoup plus souvent à la lèvre supérieure. Rien n'est plus simple que de comprendre d'après l'embryogénie le mode de formation du bec-de-lièvre profond. Tantôt l'arrêt de développement porte sur un côté, plus fréquemment sur le gauche ; non seulement la lèvre, mais encore l'os intermaxillaire ou incisif ne se soude pas au maxillaire supérieur. Le bec superficiel se continue alors en arrière jusqu'au canal palatin antérieur. On l'appelle dans ce cas bec-de-lièvre *labio-alvéolaire*. Tantôt les apophyses palatines et les deux bourgeons qui doivent former le voile ne se réunissent point, dès lors, en même temps que le vice de conformation qui précède, existe un bec-de-lièvre *profond total* ou *labio-palatin*.

De même que le bec-de-lièvre superficiel peut être unilatéral ou bilatéral, de même aussi le bec profond peut intéresser un seul ou les deux côtés. On

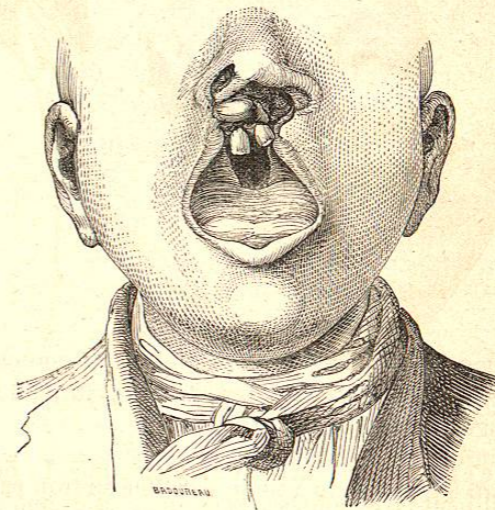


Fig. 120. — Bec-de-lièvre compliqué avec saillie de l'os inter-maxillaire, division de la voûte palatine. Gueule de loup.

a donc ainsi quatre variétés de bec-de-lièvre profond : 1° labio-alvéolaire unique ou double ; 2° labio-palatin uni ou bilatéral (fig. 120).

Avant d'aborder leur description, nous devons dire un mot d'une particularité qui a été observée par ALBRECHT ; suivant lui, la fissure latérale labio-alvéolaire ne siègerait pas entre le maxillaire supérieur et l'os incisif ; elle serait inter-incisive, et passerait entre la première et la seconde incisive. Frappé de ce fait, l'auteur allemand a constaté qu'il y avait en réalité quatre os intermaxillaires.

1° *Fissure labio-alvéolaire uni-latérale.* — Dans cette variété, outre la division latérale de la lèvre supérieure, il existe une absence de soudure entre l'os incisif et les maxillaires. L'os incisif n'est donc plus soudé à ses arcs-

boutants latéraux, il est seulement adhérent au maxillaire du côté opposé et au vomer. Souvent la difformité est très apparente, ce qui tient à l'atrophie notable du maxillaire correspondant, à la malformation et à la projection en avant de l'os incisif qui soulève cette portion de la lèvre.

2° *Fissure labio-alvéolaire bilatérale.* — Cette fissure résulte de l'absence de soudure des os incisifs aux maxillaires; de là, deux fentes qui se dirigent obliquement en arrière pour se réunir au canal palatin antérieur. Dès lors l'os incisif, privé de ses moyens d'union latéraux, est en quelque sorte appendu au



Fig. 121. — Bec-de-lièvre labio-alvéolaire avec saillie de l'os inter-maxillaire.

vomer. Sous l'influence de causes diverses, assez mal connues, il arrive fréquemment que ce bourgeon médian projeté en avant, s'insère à la sous-cloison et même au lobule du nez (fig. 121).

3° La *fissure labio-palatine unilatérale*, de beaucoup la plus fréquente, siège habituellement à gauche. Au lieu de s'arrêter au trou palatin, la fente se prolonge directement en arrière, en dehors de la ligne médiane, et peut se continuer jusqu'au voile du palais, généralement divisé en deux parties égales. L'atrophie fréquente du maxillaire du côté correspondant détermine une asymétrie de la face parfois très marquée; la fosse nasale gauche communique librement avec la cavité buccale.

4° La *fissure labio-palatine double* constitue une malformation encore plus compliquée; les deux fentes labio-alvéolaires se continuent en arrière avec deux divisions antéro-postérieures plus ou moins écartées, partielles ou totales, qui se réunissent au niveau du voile palatin divisé d'ordinaire sur la ligne médiane. Ces deux fentes antéro-postérieures ne sont séparées que par le bord inférieur saillant de la cloison nasale, quelquefois aplati. D'ailleurs cette malformation offre des variétés nombreuses; souvent la voûte ogivale empiète sur les fosses nasales; quant à l'écartement, il présente des diversités nombreuses. MAYLARD a publié un cas où la division de l'un des côtés n'exis-

tait qu'en arrière. (*The Lancet*, 1883, t. II, p. 897.) Lorsqu'en même temps que la fente labio-palatine double, le bourgeon médian est atrophié ou dévié, il en résulte une difformité considérable qui constitue la *gueule-de-loup* (*Rictus lupinus*).

Enfin, mentionnons un autre vice de conformation qui accompagne quelquefois le bec-de-lièvre compliqué; ce sont des fistules de la lèvre inférieure, déjà signalées par DEMARQUAY, RICHET, et dont FRITZSCHE a pu réunir quinze cas. « Sur la lèvre inférieure, un peu épaisse, mamelonnée, se trouvent dans la portion muqueuse de la lèvre deux petits trous situés latéralement et symétriquement près de la ligne médiane. » Au fond on aperçoit un orifice qui sécrète un liquide salivaire; ces trous borgnes, appelés *sacculi* par MURRAY, se perdent au milieu de l'épaisseur de la lèvre, et la muqueuse fait hernie par l'orifice quand l'enfant crie. Sur quinze cas, treize fois il y avait coïncidence de bec-de-lièvre.

Symptômes. Terminaisons. — A peine est-il besoin de dire que le bec-de-lièvre entraîne à sa suite des troubles fonctionnels, d'autant plus graves qu'il est plus compliqué. La succion, fort difficile dans le bec-de-lièvre simple, devient impossible dans le bec-de-lièvre profond, simple ou double, d'où la nécessité de nourrir les enfants à la cuiller. Pour cette raison beaucoup de nouveau-nés, surtout ceux qui sont atteints de bec-de-lièvre compliqué, succombent de bonne heure. Suivant KÆNIG, une partie meurt de faim, tandis que ROSE, qui ne croit pas devoir faire jouer le rôle principal à l'inanition, incrimine la débilité générale, la diarrhée et aussi l'état catarrhal des fosses nasales, du pharynx et des bronches.

Si les enfants survivent, ils sont porteurs d'une difformité qui, en dehors d'un aspect hideux, gêne la déglutition, la phonation, et souvent les exclut de beaucoup de professions. C'est surtout dans les cas où le tubercule médian est projeté en avant, quand les dents sont déviées, saillantes, la lèvre largement fendue en deux points différents, en un mot quand il existe une gueule-de-loup, que les malheureux enfants présentent une physionomie repoussante.

Le bec-de-lièvre ne guérit pas spontanément, du moins après la naissance, car on a noté quelques cas de réunion spontanée pendant la vie intra-utérine. JACQUIN a publié un fait dans lequel on voyait nettement sur la lèvre la cicatrice d'un bec-de-lièvre simple unilatéral.

C. — TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE

Indications. — L'intervention chirurgicale étant seule susceptible de remédier à cette difformité, il faut tout d'abord en discuter les indications, puis déterminer le moment où il convient d'opérer. Nous aurons surtout en vue ici le bec-de-lièvre simple et le bec profond labio-alvéolaire. Le traitement des divisions palatines et du voile sera étudié ultérieurement.

Moment de l'opération. — Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre. Les uns, avec LEDRAN, HEISTER, P. DUBOIS, interviennent aussitôt que possible après la naissance, et d'une façon générale les accoucheurs sont partisans de l'opéra-

tion hâtive. Au contraire, DIONIS, BOYER, DUPUYTREN, conseillent l'opération tardive, entre la cinquième et la sixième année. Enfin la plupart des chirurgiens sont éclectiques et se laissent guider par des considérations qui varient d'un fait à un autre. En Allemagne, WEBER, KENIG, sont favorables à l'opération hâtive, et peut-être aujourd'hui cette ligne de conduite trouverait-elle à la Société de chirurgie moins d'opposition qu'il y a vingt ans; cependant DE SAINT-GERMAIN se prononce contre elle.

Les trois principaux facteurs qui entrent en ligne de compte dans le choix du moment de l'opération sont : 1° la variété du bec-de-lièvre; 2° l'état général de l'enfant; 3° le milieu. Il ne faut opérer hâtivement que les becs-de-lièvre simples, superficiels, quand l'enfant est vigoureux, lorsque l'opération ne nécessite pas des débridements trop étendus et partant expose moins à l'hémorragie.

Si l'enfant a du coryza, s'il se nourrit mal, s'il y a de la diphtérie, enfin si l'affrontement nécessite des débridements étendus, mieux vaut attendre et pratiquer l'opération différée dans le cours de la première année; les uns préfèrent intervenir du deuxième au sixième mois, d'autres du sixième au douzième, d'autres évitent autant que possible l'époque de la dentition.

Dans tous les cas de bec-de-lièvre profond, compliqué, la conduite généralement conseillée est la suivante. L'expérience a appris qu'il valait mieux ne pas intervenir hâtivement et que l'opération en deux temps était beaucoup préférable. Aussi est-il recommandé de faire une première opération différée vers l'âge d'un an, pour réunir les lèvres et déplacer le tubercule médian vicieusement implanté. On remédiera plus tard, vers l'âge de six ans, aux divisions de la voûte palatine et du voile. D'ailleurs le chirurgien, pendant la première année, pourra avantageusement préparer les parties, assouplir la lèvre par des massages et des bandages unissants appropriés.

SÉDILLOT, DE SAINT-GERMAIN conseillent de faire respirer à l'enfant quelques bouffées de chloroforme; TRÉLAT (CHOQUET, Th. de Paris, 1880) préconise l'administration d'une potion de chloral ou de morphine avant l'anesthésie; certains chirurgiens étrangers suivent la même conduite, en ayant soin d'opérer la tête pendante.

Opérations du bec-de-lièvre superficiel simple. — L'opération consiste : 1° à aviver les bords de la fente; 2° à les réunir. Sans entrer dans les détails du manuel opératoire, nous exposerons succinctement les règles qui président à ces deux temps.

a. Avivement. — L'enfant placé sur les genoux, la tête solidement fixée par un aide, on abruse avec des ciseaux ou le bistouri le bord libre de la fente et l'angle supérieur, en ayant soin de proportionner les plaies qui sont faites aux deux branches du V, pour obtenir leur correspondance exacte.

b. Réunion. — C'est à la suture qu'on accorde aujourd'hui la préférence, sans rejeter toutefois les moyens unissants qui constituent d'utiles auxiliaires. Tous les procédés de suture ont trouvé des défenseurs et il faut le dire également, des détracteurs; les uns vantent la suture enchevillée; d'autres ont recours à la suture entrecoupée avec des fils de soie, d'argent, de caoutchouc, de catgut, etc. DENONVILLIERS avait imaginé une suture en plaque un peu dé-

laissée actuellement. En effet, la suture entortillée sur des épingles est employée par la plupart des chirurgiens français. Il faut avoir soin de passer les épingles profondément, en commençant par le bas afin de produire l'hémostase grâce à une compression convenable. On conseille encore de passer une broche à la base de la lèvre pour mieux assurer la contention. Au bout de trois ou quatre jours, les épingles sont enlevées et remplacées par un bandage unissant, des bandelettes de taffetas ou des mèches collodionnées. Nombre de chirurgiens,

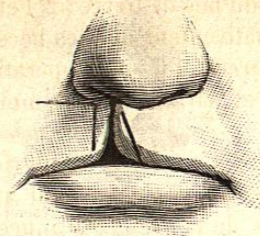
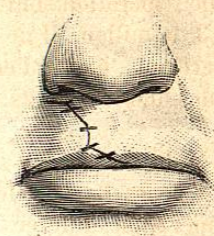


Fig. 122. — 1° Tracé des incisions.

Fig. 123. — Suture des lambeaux.
Procédé de GIRALDÈS.

dans le but d'éviter les désunions qui résultent de l'indocilité des enfants et de l'action incessante de la langue, laissent les épingles ou les fils en place plus longtemps. Il ne nous semble pas nécessaire d'imiter la conduite de LIZÉ qui fixe mécaniquement la langue pour l'empêcher de désunir les lambeaux.

Telle est, en substance, l'opération du bec-de-lièvre simple: elle a été modifiée à l'infini afin d'éviter l'encoche qui trop souvent persiste au bord libre de la lèvre restaurée. A cet effet, on a cherché à utiliser les portions enlevées dans l'avivement en leur laissant un point d'attache à l'un et l'autre bord du bec-de-

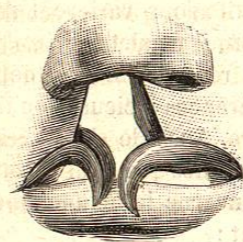


Fig. 124. — Procédé de HENRY DE NANTES.

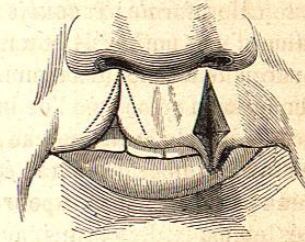


Fig. 125. — Procédé de CLÉMOT et de MALGAIGNE.

lièvre. C'est là le principe des procédés de CLÉMOT, MALGAIGNE, MIRAULT, NÉLATON, HENRY, GIRALDÈS, etc; un coup d'œil jeté sur les figures en donnera une idée

Si le bec-de-lièvre superficiel est bilatéral, les moyens ordinaires ne conviennent qu'autant qu'il s'agit d'un bourgeon médian, charnu, souple, élastique, quadrilatère. Dans le cas où le tubercule est trop difforme, mal constitué, mieux vaut l'enlever que de l'intercaler entre les deux parties de la lèvre, à moins que suivant l'exemple de DUPUYTREN, on puisse ramener le lobule vicieusement implanté et s'en servir pour reconstituer la sous-cloison.