

Traitement. — Contre cet accident, si l'on a le temps d'agir, il faut exciter le vomissement avec les barbes d'une plume, avec de l'émétique, ou avec la poudre d'ipécacuanha.

Des lavements de sel gris, de tartre stibié, 40 centigrammes, ou de séné doivent être donnés.

Des frictions sèches doivent être faites sur la région du cœur, ainsi que la flagellation des fesses, l'insufflation de bouche à bouche ou avec la sonde laryngée.

L'enfant doit être mis au froid, à l'air, devant une fenêtre, et il faut lui faire respirer des sels, du vinaigre, un peu d'ammoniaque affaiblie, etc.

L'électricité, enfin, si l'on a près de soi un appareil, pourra être avantageusement employée pour exciter les mouvements respiratoires du diaphragme.

Dans le cas où la syncope se reproduisant à diverses reprises offrirait de la périodicité et pourrait faire croire à l'existence d'une *fièvre larvée*, il faudrait employer le quinquina et le sulfate de quinine.

CHAPITRE IX

MORT SUBITE

A l'occasion de la syncope, il est bon de parler de la mort subite chez les enfants : J'en ai vu un certain nombre d'exemples. Dans certains cas, la mort est due à des convulsions réflexes de l'intestin par suite d'entozoaires (1) ; ailleurs la mort subite est la conséquence de convulsions subites dues à une tumeur latente du cerveau gliome ou tubercule ; — dans d'autres cas, c'est la conséquence d'un accès de spasme de la glotte ou de phréno-glottisme. — Quelques enfants meurent de suffocation dans un accès de coqueluche amenant le spasme de la glotte et la pamoison avec perte de connaissance ; enfin un accès de pamoison provoqué par une violente colère ou une scène de cris. — J'ai vu ainsi un enfant de trois ans atteint d'impétigo du cuir chevelu et dont je fis raser les cheveux, qui pendant les cinq minutes de l'opération cria violemment et pleura beaucoup. A peine le barbier avait-il terminé, qu'elle tomba la tête en avant et succomba sans convulsions, le visage bleuâtre et les lèvres cyanosées. A l'autopsie faite avec le plus grand soin, je n'ai rien trouvé dans aucun organe.

Ces morts subites dépendent ou de la *syncope*, c'est-à-dire l'arrêt primitif du cœur, ou de l'*asphyxie*, lorsque par spasme de la glotte ou quinte de coqueluche il y a une pamoison qui étouffe les enfants ou d'une *congestion cérébrale* subite, par suite d'une tumeur cérébrale.

CHAPITRE X

DES INTERMITTENCES DU POULS CHEZ LES ENFANTS

L'intermittence, l'inégalité et le ralentissement du pouls sont en général considérés par ceux qui n'ont pas beaucoup l'expérience des enfants comme un signe d'affection cérébrale ou de lésion organique du cœur. Ce principe est une erreur.

Les intermittences et les irrégularités du pouls existent très-souvent en dehors des maladies du cerveau et des méninges.

Elles existent comme maladie primitive chez des enfants qui n'ont aucun autre désordre pathologique.

(1) Voir le chapitre ENTOZOAIRE.

Elles existent comme phénomène secondaire dans la convalescence de beaucoup de maladies aiguës, surtout de la pneumonie, dans les affections vermineuses de l'anesthésie comme phénomène réflexe et dans les troubles des voies digestives. — Une fois je les ai vues coïncider avec la constipation et disparaître par un purgatif.

Elles sont passagères ou constantes. Elles sont quelquefois, mais non pas toujours, liées à des intermittences et irrégularités semblables du cœur. Elles disparaissent momentanément par l'effort, le mouvement, une contrainte, et tout ce qui agit sur la systole cardiaque ; enfin elles cessent entièrement.

C'est la conséquence d'une lésion du pneumo-gastrique par méningite ou tumeur cérébrale, d'une action réflexe de l'intestin s'il renferme des vers, ou d'une endocardite végétante ou enfin d'une de ces myocardites consécutives aux maladies aiguës dont j'ai le premier donné la description (1).

Ces intermittences disparaissent avec les ferrugineux, l'hydrothérapie, le quinquina, etc.

LIVRE VIII

MALADIES DES LÈVRES

CHAPITRE PREMIER

ADHÉRENCE DES LÈVRES. — COARCTATION DE LA BOUCHE

L'absence de la cavité buccale, *astomie*, a été observée par Laroche dans les cas où les os de la face sont arrêtés dans leur développement, et surtout lorsque manque la mâchoire inférieure. C'est une difformité incurable, et l'enfant qui la porte ne tarde pas à succomber.

Quelquefois il y a, au lieu de la bouche, une petite ouverture irrégulière qui pourrait à peine admettre un tuyau de plume. La cavité buccale est régulièrement conformée et l'adhérence des lèvres est la seule cause de son occlusion. C'est un travail morbide accompli dans le sein de la mère, plus ou moins longtemps avant la naissance.

Si l'adhérence est épaisse, il faut, par une incision dirigée convenablement, faire une bouche artificielle, et l'opération réussit s'il n'y a pas rétrécissement et induration des lèvres.

Quand la bouche est bien conformée, les lèvres molles, souples et seulement réunies par de minces adhérences, une simple incision avec les ciseaux doit suffire pour rétablir l'orifice de cette cavité.

CHAPITRE II

BOURRELET MUQUEUX DE LA LÈVRE

Une disposition congénitale des lèvres qui se montre surtout à la lèvre supérieure est caractérisée par la présence d'un bourrelet muqueux situé à la face interne de ces parties.

(1) Voir le chapitre ENDOCARDITE et MYOCARDITE.

Ce bourrelet ovale, dirigé transversalement, faisant une saillie plus ou moins considérable, ne paraît qu'au moment de l'ouverture de la bouche, ce qui est fort disgracieux. Ce bourrelet donne du volume aux lèvres, les expose à la gerçure et à l'ulcération sous l'influence du froid de l'hiver. Il ne faut pas le laisser, et l'on doit conseiller aux parents son ablation par l'instrument tranchant.

Le procédé d'ablation est fort simple. Il faut attendre l'âge de six à sept ans pour le mettre en usage. Avec des ciseaux courbes sur le plat on fait une incision du bourrelet pendant qu'un aide tient la lèvre écartée, puis on met sur la plaie de la charpie imbibée d'eau hémostatique de Tisserand, de Brocchieri, avec une faible solution de perchlorure de fer.

CHAPITRE III

HYPERTROPHIE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

L'hypertrophie de la lèvre supérieure se rencontre chez les enfants dans des circonstances différentes. On l'observe comme *lésion congénitale*, ce qui est rare, et comme *maladie aqueuse* dans la scrofule. C'est la lèvre scrofuleuse (1).

L'hypertrophie congénitale de la lèvre a été observée par Holmes, par Blot, par Dolbeau et par moi, qui ai vu deux enfants de la même famille.

Cette hypertrophie, d'après l'étude que Grancher a faite de la pièce Dolbeau, serait constituée par une transformation fibreuse du tissu conjonctif du derme et des muscles.

Quand elle est très-considérable, elle donne à la figure l'aspect d'un grouin et forme une difformité repoussante, — que l'on a essayé de faire disparaître par une opération.

Holmes a fait une opération de ce genre en enlevant une partie transversale de l'épaisseur de la lèvre entre la peau et la muqueuse. Le malade a guéri.

Dolbeau a fait la même opération, mais le malade est mort pendant la cicatrisation. On raconte qu'il a été pris d'accidents cérébraux graves survenus dans la plus parfaite santé, le 23 septembre, qu'on reconnut là une méningite tuberculeuse et que la mort eut lieu le 25, deux jours après. Évidemment il y a là une erreur. La méningite tuberculeuse ne marche jamais ainsi. Si cet enfant est mort par le cerveau, c'est à la suite d'embolie cérébrale par endocardite végétante, suite de l'opération, ou par thrombose méningée.

L'hypertrophie scrofuleuse, bien décrite par Paillard, en 1817 (2), résulte des fluxions de la lèvre par le coryza scrofuleux et tout le monde la connaît. — Quand elle est excessive, il faut l'opérer, et c'est ce que Paillard a fait en excisant toute la portion muqueuse.

CHAPITRE IV

BEC-DE-LIÈVRE

On donne le nom de *bec-de-lièvre* à la division congénitale des lèvres. C'est un vice de conformation. Il y a cependant un bec-de-lièvre accidentel qui résulte de ce que les bords d'une division traumatique des lèvres se sont cicatrisés isolément chacun de son côté. Je n'en parlerai pas ici, car je ne veux m'occuper que du bec-de-lièvre congénital, lésion très-fréquente chez les nouveau-nés.

(1) Voyez SCROFULE.

(2) Paillard, *Journal des progrès*, 1817.

Causes. — Le bec-de-lièvre congénital est le résultat de causes très-obscurées dont l'action est fort hypothétique. Il peut être la conséquence d'une impression morale vive. Ainsi Moulin rapporte le fait suivant :

OBSERVATION I. — Une femme enceinte de quatre mois et demi fut vivement frappée de la vue d'un lièvre écorché en sa présence par son mari. Pendant les derniers mois de sa grossesse, son imagination lui représenta ce lièvre écorché, et elle ne doutait pas que son enfant ne fût affecté d'un bec-de-lièvre. Elle l'affirmait à son médecin, et sa prédiction fut vérifiée par l'événement.

Roux a observé un fait semblable. Le bec-de-lièvre est quelquefois héréditaire ; Blandin et Morel et Demarquay (1) en ont rapporté des exemples.

Quoi qu'il en soit de ces influences morales ou héréditaires, si l'on se demande en définitive quelle est la cause de cette division des lèvres, on voit qu'il faut la rechercher dans les évolutions du fœtus aux divers âges de la vie intra-utérine. La force de croissance qui préside à la disposition des parties, à leur juxtaposition et à leur réunion, entravée dans son effort, cesse d'agir, et des lèvres formées par trois points d'accroissement, un médian et deux latéraux, que cette force pousse à la fusion, restent séparées, de manière à imiter le bec d'un lièvre. Quand la réunion ne se fait pas du tout, le bec-de-lièvre est double ; quand elle a lieu entre deux de ces points seulement, le médian et un latéral, le bec-de-lièvre est unique et se trouve sur le côté de la bouche.

Velpeau et Cruveilhier n'acceptent pas cette théorie de la formation du bec-de-lièvre, par un arrêt de la force initiale chargée de la disposition des tissus. Ils croient que le bec-de-lièvre est tout simplement le résultat d'une maladie intra-utérine des lèvres qui amène la division de ces parties.

Division. — Le bec-de-lièvre congénital présente plusieurs dispositions anatomiques. D'abord la division est toujours placée à la lèvre supérieure. Il n'y a que deux exceptions à cette règle, rapportées par Christophe Seliger et Nicati. Elle n'intéresse ordinairement que les lèvres, c'est le *bec-de-lièvre simple* ; ou bien la division est *unique et latérale* ; ou bien elle est *double*. Dans le premier cas, la division existe au-dessous de la narine droite ou gauche ; dans le second, il y a au-dessous de chaque narine une section qu'un tubercule cutané sépare.

Dans d'autres circonstances, la division des lèvres est accompagnée d'une division des os maxillaires et de la fissure du voile du palais ; c'est ce qu'on appelle le *bec-de-lièvre compliqué*.

1° Le *bec-de-lièvre labial* est complet ou incomplet. La fente s'élève plus ou moins haut jusque dans la narine. Quand la division est unique, elle est toujours latérale et forme un écartement considérable, ouvert par en bas et dont les angles arrondis sont entraînés par les muscles de la lèvre, et laissent voir les dents et les gencives. Les lèvres sont assez ordinairement atrophiées, mais sans perte de substance réelle, quoiqu'on ait longtemps pensé le contraire.

Quand le bec-de-lièvre est double, n'intéressant toujours que la lèvre, celle-ci est divisée en trois portions, une médiane et deux latérales. Il y a deux divisions qui descendent de chaque narine et qui sont séparées par un tubercule médian plus ou moins volumineux et abaissé. La difformité se représente assez par la forme d'un Y. Un des enfants que j'ai opérés à l'hôpital Necker présentait cette disposition. Les bords de la division buccale sont arrondis et atrophiés. Le nez est quelquefois aplati et déformé quand la fistule monte jusque dans la narine.

(1) Demarquay, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1866, t. IV, p. 700, article BEC-DE-LIÈVRE.

Les becs-de-lièvre simple, *unique* et *double*, durent autant que les individus et entraînent avec le temps la formation de l'os maxillaire, qui se redresse et qui permet aux dents incisives de faire saillie en avant.

2° Le *bec-de-lièvre congénital compliqué* peut être unique ou double comme le précédent.

Il peut y avoir, en même temps que la division labiale, division de l'une des ailes du nez, séparation de la voûte palatine, soit en avant seulement, soit dans toute son étendue; séparation de la voûte palatine et du voile du palais; saillie acquise ou congénitale des os sur lesquels s'appuie la lèvre malade et du tubercule médian; enfin absence de la voûte palatine et de l'os vomer.

La complication la plus ordinaire, et celle contre laquelle le chirurgien peut quelque chose, est la suivante. La division de la lèvre existe aussi sur l'os maxillaire. C'est un écartement d'un côté de l'os intermaxillaire; si la même chose se répète de l'autre côté, les deux divisions représentent un V dont l'ouverture est tournée en avant et dont l'angle correspond au trou palatin antérieur. Ces deux divisions se réunissent quelquefois en une seule qui parcourt la ligne médiane. La portion dure du palais est alors séparée en deux moitiés jusqu'au voile qui peut lui-même être séparé en deux. La bouche communique alors avec les fosses nasales par une fente qui va des lèvres au pharynx. Quelquefois les fentes sont confondues sur le devant, et le tubercule médian a disparu; c'est ce qui constitue la *gueule du loup*.

J. Muralt (1) rapporte qu'on amena dans son hôpital une petite fille âgée de quelques mois dont l'ouverture buccale s'étendait d'une oreille à l'autre, de sorte qu'elle présentait une gueule de lion.

C.-J. Langenbeck (2) cite le fait d'un enfant qui vint au monde avec une bouche énorme. A l'âge de dix-sept ans, elle mesurait six pouces et demi.

Enfin Fergusson (3) observa le cas suivant à King's College Hospital en 1853.

OBSERVATION II. — Un enfant de quelques mois présentait à la lèvre supérieure à gauche la fissure ordinairement appelée bec-de-lièvre, tandis qu'à droite une autre fissure s'élevait de l'angle de la bouche en haut et en dehors jusqu'à l'os malaire sans communication toutefois avec la narine. On voyait au fond de la fissure la gencive et la partie antérieure de l'antre d'Highmore tapissées de muqueuse, et l'on remarquait une dépression à la paroi antérieure de l'antre. En outre de cette difformité, la paupière inférieure de l'œil gauche avait subi un arrêt de développement et avait contracté des adhérences avec la conjonctive.

Voici un dernier exemple rapporté par François Rynd (4).

OBSERVATION III. — M. Levy, âgé de huit ans, garçon, pâle, amaigri, scrofuleux, est admis à Meath-Hospital le 12 janvier 1861. Il présente l'aspect le plus repoussant, l'angle des lèvres du côté droit est vis-à-vis la première dent molaire du côté gauche; les dents des deux mâchoires avec les gencives de la mâchoire inférieure se trouvent à découvert dans toute cette étendue. Il peut rapprocher les lèvres et les mettre en contact jusqu'à la ligne médiane du côté droit seulement, mais cela lui est impossible du côté gauche, et quand il ferme la bouche l'écartement des lèvres de ce dernier côté reste béant.

Quelquefois enfin il y a complication du côté de la lèvre inférieure, comme l'a montré Demarquay en 1845.

(1) J. Muralt, *Ephemerides Naturæ Curiosorum*, 1715, art. III et IV, p. 304.

(2) Langenbeck, *Neue Bibliothek für die Chirurgie*. Hanover, 1822, p. 502.

(3) Fergusson, *A System of practical Surgery*, 4^e édition, p. 575.

(4) Fr. Rynd, *Dublin Quarterly Journal*, avril 1861.

Le bec-de-lièvre labial a l'inconvénient de gêner la prononciation, et empêche l'expression des consonnes dites explosives, le *b* et le *p*, le *v*, l'*f* et l'*m*, etc.; il a surtout l'inconvénient de gêner les mouvements de succion. Le *bec-de-lièvre compliqué* empêche la mastication et la déglutition en favorisant le passage des liquides dans les fosses nasales. C'est une difficulté qu'il faut enlever le plus tôt possible.

Traitement. — Le traitement du bec-de-lièvre consiste dans une opération chirurgicale facile à pratiquer. Dionis, Garengot, Royer et Sanson ne voulaient pas qu'on s'occupât du bec-de-lièvre avant l'âge de six ou sept ans; d'autres veulent qu'on l'opère un peu plus tôt, quelques-uns enfin, au nombre desquels se trouvent Busche, M. Bonfils et Paul Dubois, conseillent de pratiquer l'opération le plus tôt possible, dès le premier ou le second jour après la naissance. Dans un mémoire plein d'intérêt, Paul Dubois (1) a résolu cette question de pratique en démontrant qu'on n'avait rien de plus à craindre de l'opération faite à cet âge qu'à une époque plus avancée, et qu'on remédiait alors plus facilement à la difformité du bec-de-lièvre. Comme l'opération ne fait que diminuer sans empêcher les mouvements de succion nécessaires à l'allaitement, beaucoup de chirurgiens sont aujourd'hui d'avis d'opérer aussitôt après la naissance.

Jusqu'ici l'opération immédiate du bec-de-lièvre n'a guère été faite que pour des becs-de-lièvre sans complication. En doit-il être de même dans les cas de complication? Oui, certainement. Ainsi, Danyau et P. Dupois ont réussi dans un cas où il y avait bec-de-lièvre simple avec division de la moitié antérieure de la voûte palatine. Un médecin de l'Oise, Bourdon, en a fait autant.

OBSERVATION IV. — X... est atteint d'un bec-de-lièvre congénital double avec scissure profonde de la voûte palatine, qui rendait l'allaitement impossible. On avait beaucoup de peine à faire boire l'enfant à la cuiller; les liquides étaient en grande partie rejetés hors des lèvres. L'enfant n'avait que quelques jours lorsqu'il fut présenté à M. Bourdon, et il a été opéré quatre jours après la naissance. Les bords de la division labiale, rendus saignants par une incision, ont été réunis par la suture entortillée. Les premiers fils ont été retirés au bout de vingt-quatre heures et remplacés par d'autres fils moins serrés que les premiers. Ce pansement a été renouvelé chaque jour jusqu'au retrait des épingles, en diminuant de plus en plus la constriction. Les épingles n'ont été retirées que lorsque la cicatrice a paru assez solide. L'opération n'a déterminé aucun accident et a été couronnée d'un plein succès.

Un de mes amis, M. Guiet, a également réussi dans un cas bien plus grave.

OBSERVATION V. — Un enfant est affecté du bec-de-lièvre double, et compliqué d'un côté par la division entière de la voûte et du voile du palais. L'opération n'a été faite qu'au vingtième jour; on a été obligé d'y revenir à deux fois, à cause du décollement d'une des sutures, et cependant la voûte s'est réunie, ainsi que la partie attenante du voile du palais dans une petite étendue.

En conséquence, je crois qu'il n'y a pas à hésiter: unique ou double, compliqué ou non, le bec-de-lièvre doit être opéré dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance.

Quand on se décide à opérer après la naissance, il est bon d'empêcher les enfants de dormir assez longtemps avant qu'on les opère pour qu'immédiatement après ils puissent s'endormir.

L'opération se compose de deux temps: l'avivement et la réunion.

(1) Paul Dubois, *Mémoire sur le bec-de-lièvre et le moment le plus opportun pour l'opérer* (*Bull. de l'Acad. de méd. Paris*, 1845, t. X, p. 760).