

L'avivement s'opère avec des ciseaux disposés dans ce but. L'opérateur se place vis-à-vis de l'enfant, assis devant un aide qui tient la tête, refoulant les joues en avant, de manière à comprimer les artères faciales sur le maxillaire en avant des masséters.

Il saisit l'angle de la division des lèvres avec une pince à dents de rat, puis d'un coup de ciseaux il enlève d'un coup, de bas en haut, le bord rouge de la solution de continuité jusqu'au delà de son angle supérieur. Il fait de même pour le côté opposé, en ayant soin de rejoindre la première incision. Il enlève ainsi un double lambeau anguleux qui avive les bords de la division du bec-de-lièvre. Il doit avoir soin d'exciser juste sur le point de réunion de la peau et du bord rouge de la solution de continuité.

Une fois l'avivement terminé, le chirurgien doit réunir les bords de la plaie aussi complètement que possible. On y arrive à l'aide d'épingles et de fils.

Une première épingle ordinaire, ou une épingle spéciale, doit être placée en face de la division, près du bord libre des lèvres. Elle traverse à un demi-centimètre au moins du bord avivé, et dirigée obliquement elle doit sortir près de la muqueuse; puis, rentrant du côté opposé sur le bord de la muqueuse, elle doit sortir sur la peau à un demi-centimètre de distance du bord de la division. Une anse de fil est jetée sur les deux bouts de cette épingle et confiée à un aide.

On place la seconde épingle immédiatement au-dessous de l'angle supérieur de la plaie, et si une troisième épingle semble nécessaire, on la met au milieu des deux autres.

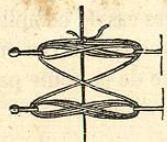


FIG. 58. — Suture entortillée.

Thierry avait imaginé des aiguilles assez longues avec une tête assez large; quand elles étaient passées, on enlevait toute la partie tranchante de l'aiguille qui était mobile et l'on réunissait les deux parties du bec-de-lièvre avec un petit écrou qui remontait sur un pas de vis dont l'aiguille était armée.

Demarquay (1) se sert d'une pince ordinaire dans l'extrémité de laquelle on a fait une petite encoche qui reçoit la tête de l'épingle. La pince est serrée comme s'il s'agissait de lier un vaisseau. Grâce à cet inconvénient, le passage des épingles, quand on veut fixer une suture entortillée, est rendu bien plus commode.

Les épingles doivent être placées dans une direction parallèle.

Quand les aiguilles ou les épingles sont placées, on met le fil de manière à embrasser chaque aiguille, et à faire sur chacune une suture entortillée (fig. 58). Le fil doit passer d'une aiguille à l'autre en faisant des détours, ce qui permet de couvrir toute la plaie. On noue enfin le fil sur l'épingle supérieure; on coupe ensuite avec des ciseaux la tête et la pointe de ces épingles.

Il ne faut pas trop serrer les fils; mais il est nécessaire qu'ils maintiennent exactement les bords de la plaie.

Quelques chirurgiens mettent leurs épingles en traversant perpendiculairement toute l'épaisseur de la lèvre, afin de ne pas laisser de corps étranger dans le tissu à réunir. C'est une modification qui peut être utile. D'autres mettent un fil sur chaque épingle, de manière à isoler chaque point de suture. C'est toujours ainsi que j'ai opéré.

Après l'opération, quelques personnes conseillent de mettre un bandage autour de la tête, afin de tenir sur les joues une pelote destinée à les comprimer et à les pousser en avant.

(1) Demarquay, *Nouveau Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV.

Phillips (1) a proposé de traverser la base des deux narines et la cloison avec une forte et longue épingle que l'on a passée préalablement à travers un petit morceau de carton. L'aiguille passée, on fait glisser un autre petit morceau de carton semblable au premier. Ils ont pour but de protéger la peau de la narine contre l'action du fil avec lequel on fait un point de suture entortillée. Ce point de suture resserre les narines et soutient la suture préalablement appliquée sur la lèvre. Guersant exerce cette pression, utile pour aider la suture, avec une forte serre-fine (fig. 59) fixée sur le front de l'enfant avec un ruban. Le but est le même, mais cette serre-fine, sans cesse touchée par l'enfant et par ceux qui le soignent, peut devenir une cause de souffrance et finalement se déranger.

Ce moyen, utile dans la seconde enfance, est plutôt nuisible chez le nouveau-né. On peut ne mettre aucun bandage, et laisser les choses telles que les a faites la suture entortillée. Cependant je suis d'avis d'empêcher le tiraillement de la plaie par le moyen suivant. On applique sur chaque joue une pièce carrée de sparadrap dont le bord antérieur est traversé par des anses de fil; celles d'un côté passent dans celles de l'autre; elles se croisent sur les lèvres, entre les aiguilles, et leurs extrémités sont fixées au bonnet de l'enfant.

L'enfant doit être surveillé nuit et jour, et il faut éviter de le faire rire, crier ou pleurer. On pourra lui donner un calmant pour le tenir assoupi. Il n'aura pour aliment que le lait du sein de sa nourrice ou le bout de son biberon. L'adhérence des lèvres de la plaie ne se fait qu'au deuxième jour, et il faut attendre le troisième ou le quatrième pour retirer les épingles. C'est l'épingle supérieure qui doit être retirée la première; on peut la retirer au troisième jour; la deuxième est retirée le quatrième, et la troisième le cinquième jour. Pour retirer les épingles ou les aiguilles, on les fait tourner sur leur axe, et on les tire à soi. Les fils restent collés sur la plaie, et servent d'agglutinatif; il faut les laisser en place jusqu'à ce qu'ils tombent spontanément. Quand on ôte les épingles, un aide doit tenir les joues un peu en avant, car un cri de l'enfant pourrait tout désunir. Après l'extraction des épingles, on met une bandelette agglutinative sur les lèvres comme s'il s'agissait d'une plaie ordinaire. Au bout de huit à dix jours, la cicatrisation est complète et ne peut plus se détruire.

*Procédés divers imaginés pour prévenir la petite encoche de la lèvre.* — L'opération, quelque bien faite qu'elle soit, laisse souvent une petite encoche ou dépression dans la lèvre supérieure. On a cherché de diverses manières à prévenir cette difformité.

*Procédé de Clémot et Malgaigne.* — Clémot (de Rochefort), et après lui Malgaigne, ont eu la pensée de faire servir les deux lambeaux d'avivement renversés et appliqués l'un à l'autre à prévenir ce défaut de conformation de la lèvre supérieure; on espérait restaurer ainsi complètement la lèvre supérieure. Mais cette espérance ne pouvait être encore réalisée, attendu que ce prétendu tubercule de la lèvre

(1) Phillips, *Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre double* (*Bull. de thérapeutique*, 1847, t. XXXIII, p. 285).

(\*) A, tige taroudée servant à limiter l'écartement des branches de la serre-fine; B, vis à bouton servant à augmenter ou à diminuer la pression exercée sur les tissus par les pointes D; CC, lentilles placées à 3 millimètres des pointes, servant à les empêcher de pénétrer plus avant dans les tissus.

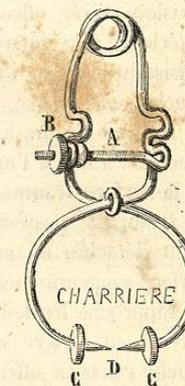


FIG. 59. — Grande serre-fine de Guersant pour maintenir les tissus rapprochés après l'opération du bec-de-lièvre (\*).

supérieure qu'on voulait ainsi réformer se trouvait placé en dehors de la ligne médiane, où se trouve habituellement le bec-de-lièvre; la conservation des deux lambeaux pouvait tout au plus diminuer la profondeur de l'encoche.

*Procédé de Henry* (de Nantes). — Soit un bec-de-lièvre du côté gauche avec division de la voûte palatine et saillie considérable du maxillaire à droite; on commence d'abord par détruire les adhérences profondes et par relever la narine à l'aide de la serre-fine nasale. Puis, fixant l'angle inférieur de la partie droite de la lèvre avec un ténaculum tenu de la main droite et saisissant de la main gauche un bistouri droit, le tranchant en haut, on enfonce la pointe à 3 millimètres du bord inférieur et à 4 ou 5 millimètres du bord muqueux, pour détacher un lambeau de bas en haut, comme dans le procédé de Clémot; mais au lieu d'enfoncer le bistouri d'avant en arrière, on l'incline de manière à l'enfoncer de gauche à droite (par rapport au chirurgien) et d'avant en arrière en formant avec la face antérieure de la lèvre un angle de 45 degrés (ouvert en dehors), de telle sorte que le bord de la division avivée offre une surface traumatique en biseau aux dépens de sa face antérieure; on détache ainsi le lambeau jusqu'à la partie supérieure de sa division. Saisissant ensuite l'angle du rebord gauche avec le ténaculum tenu de la main gauche, on enfonce, et toujours sous le même angle de 45 degrés, le bistouri tenu de la main droite, à 3 millimètres du bord inférieur de la lèvre gauche; mais ici l'incision a lieu à l'union même de la peau avec le rebord muqueux de la division; et la surface traumatique, destinée à la suture, est taillée en biseau aux dépens de la surface postérieure sous le même angle de 45 degrés. Le second lambeau étant détaché, on renverse les deux lambeaux de haut en bas: il en résulte une surface saignante beaucoup plus étendue que dans le procédé ordinaire, et quand on rapproche les deux lèvres par la suture entortillée, la lèvre gauche vient s'appuyer d'avant en arrière sur la lèvre droite; et réciproquement, le lambeau supérieur gauche renversé offre en avant une surface saignante sur laquelle vient s'appuyer le lambeau droit. De là une espèce d'engrènement qui double en quelque sorte la résistance de la suture. Les deux lambeaux, en les réunissant par une aiguille fine, forment un lobule que l'on régularise plus tard et qui prévient l'encoche consécutive au procédé ordinaire de réunion du bec-de-lièvre.

Le grand avantage de ce procédé est très-bien conçu, c'est surtout de fournir une plus grande surface d'adhésion et de favoriser ainsi la réunion immédiate.

Souvent, dans le bec-de-lièvre double, la matière manque, les deux portions de lèvres ne peuvent être affrontées; quelquefois même, en même temps que le bec-de-lièvre existe, une portion de la lèvre manque; dans ce cas, il faut avoir recours à une véritable chéiloplastie: c'est ce qu'a fait avec succès Sédillot.

*Procédé chéiloplastique de Sédillot.* — « Nous remédions à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre par un emprunt fait aux joues, comme dans beaucoup d'autres opérations anaplastiques. Une incision oblique, commencée en dehors et prolongée à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'aile du nez, est continuée en bas, dans la direction du bord libre de la lèvre dont la surface est avivée. Ce tubercule médian taillé en V allongé, la pointe inférieure sert en partie à former la cloison sous-nasale et en partie à reconstituer la lèvre, comme on l'avait déjà tenté dans des conditions moins favorables. La joue détachée en dehors de ses adhérences avec l'os maxillaire, dans une certaine étendue pour en permettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian.

» Le contour nasal est ainsi rétabli et la lèvre se trouve augmentée en hauteur et en longueur.

» On réunit alors sur la ligne médiane la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre, avec des fils d'argent, et l'on obtient une lèvre épaisse, bien formée et d'une hauteur convenable. Il est nécessaire de multiplier les sutures pour prévenir tout déplacement des lambeaux, et d'opérer la réunion des plaies avec beaucoup de soin pour assurer une cicatrisation immédiate.

» Par ce procédé anaplastique, il est évident que la lèvre se trouve infiniment mieux corrigée que par aucun autre procédé; mais, il ne faut pas l'oublier, ces opérations sont loin d'être faciles et demandent, pour être pratiquées, une main exercée et une grande expérience des choses chirurgicales.

Quand le bec-de-lièvre est double, le procédé est le même, et dans la même séance on fait les deux opérations. On avive les bords de la solution de continuité et les bords du tubercule médian, à moins qu'il ne soit trop petit, cas auquel on l'enlève, puis on met les épingles et les fils d'argent, comme dans le bec-de-lièvre latéral unique.

Le bec-de-lièvre compliqué de la division du palais ne s'opérait pas autrefois. On le croyait incurable. C'est une erreur. La réunion des lèvres qu'on obtient à l'aide d'une opération agit comme moyen légèrement compressif des os, et la séparation des os maxillaires, fût-elle même large d'un doigt, finit par disparaître.

L'opération se pratique de la même manière que pour le bec-de-lièvre simple. Cependant, si l'on opère un enfant plus âgé et pourvu de dents placées assez mal pour nuire au rapprochement de l'os, il faut les extraire.

Dans le bec-de-lièvre compliqué double, l'os intermaxillaire et le tubercule médian font quelquefois une saillie considérable. L'opération doit avoir pour but de réunir les lèvres et de refouler en arrière ou de remettre à sa place l'os maxillaire trop saillant.

Cette opération ne doit pas être faite sur le nouveau-né, il faut attendre deux ou trois ans.

Autrefois on enlevait le tubercule médian et l'on réunissait les parties latérales. Desault comprimait ce tubercule pour corriger la difformité, et Gensoul veut qu'on l'efface en refoulant brusquement en arrière l'os intermaxillaire par une fracture du pédicule. Ce sont des méthodes qu'il ne faut pas employer.

Blandin, pour ramener l'os maxillaire à sa place et pour compléter l'arcade dentaire, a proposé de réséquer derrière les os incisifs une pièce triangulaire de la cloison osseuse. En enlevant ainsi à cette lame la plus grande partie de sa résistance il fixe à l'avance l'endroit où doit s'achever par une fracture facile la solution de continuité. On prend des ciseaux ou des cisailles suivant la force du sujet, et l'on fait une section en V ouvert en bas, dont l'angle s'avance très-haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison ou du nez. La section doit être proportionnée à l'étendue dont il convient de faire rétrograder les os intermaxillaires. Après cette résection une bandelette transversale de diachylon mise sur la lèvre remet en place le tubercule médian de la lèvre et du palais. S'il y a des dents et qu'elles ne soient pas à leur place, on les fixe aux molaires avec un fil d'or.

On attend ensuite quelques jours pour terminer l'opération; au bout de deux ou trois jours on avive les lèvres de la fente labiale, on place les épingles et la suture d'argent comme dans l'opération du bec-de-lièvre labial dépourvu de complication.

Le danger de cette opération est dans l'hémorrhagie qui accompagne les premiers temps. Voilà pourquoi dans cette variété de bec-de-lièvre il ne faut pas opérer de trop jeunes enfants qu'une perte de sang peut faire facilement périr. Il y en a plusieurs qui ont ainsi succombé, un entre autres dans les mains de Dupuytren. En cas d'hémorrhagie, quand on voit le rameau qui fournit le sang, il faut le tordre ou le cautériser.

Dans le premier temps de l'opération, il y a encore à craindre des accidents trop intenses de phlegmasie ; alors il faut attendre que cette inflammation locale soit dissipée pour entreprendre le deuxième temps, c'est-à-dire la réunion de la fente labiale. Dans un cas opéré par Blandin, un érysipèle survint et l'on attendit vingt-sept jours pour commencer l'avivement du bec-de-lièvre. En résumé, ramener en arrière le tubercule médian et, deux jours après, s'il n'y a pas d'inflammation, achever par la suture des lèvres, voilà le mode opératoire du bec-de-lièvre double compliqué de double division du voile du palais.

Aphorismes.

212. Les becs-de-lièvre *simple* ou *compliqué* de la division palatine, unique et double, doivent être opérés dans les premiers jours de la naissance.

213. Un bec-de-lièvre ainsi opéré à une époque très-rapprochée de la naissance guérit toujours avec une difformité moindre que celle des opérations tardives.

## LIVRE IX

MALADIES DE LA LANGUE ET DU VOILE DU PALAIS

### CHAPITRE PREMIER

VICES DE CONFORMATION DE LA LANGUE.

La langue peut être le siège de vices de conformation assez nombreux. Elle peut manquer ; elle peut être trop volumineuse, ou enfin elle adhère à la voûte ou au plancher de la bouche.

#### § I. — Absence congénitale de la langue.

La langue ne manque entièrement que dans les cas d'absence de la face. En toute autre circonstance elle existe à l'état rudimentaire, sous forme d'un tubercule plus ou moins gros et adhérent au plancher de la bouche. C'est la portion libre de la langue qui fait défaut. Selon le degré de cette difformité, la succion est plus ou moins empêchée ainsi que la déglutition, et plus tard la phonation, si les enfants survivent. Cependant de Jussieu a vu à Lisbonne une fille âgée de quinze ans, née sans langue et qui n'avait dans la bouche qu'un tubercule élevé de 3 ou 4 lignes en forme de mamelon. Elle jugeait des saveurs ; la mastication et la déglutition étaient un peu difficiles selon les aliments ; la déglutition des liquides avait lieu sans peine, pourvu que la quantité à ingérer à la fois ne fût pas trop considérable ; elle crachait facilement et parlait avec la plus grande netteté.

D'autres faits d'absence de la langue à la suite de la gangrène dans le cours de la variole ont été observés chez des enfants par Aurrant et Bonamy, et, après de grandes difficultés, on a vu la succion, la déglutition et la phonation s'exercer de nouveau, incomplètement sans doute, mais d'une manière suffisante à l'accomplissement des fonctions de nutrition et de relation.

Tout le monde connaît d'ailleurs ce fait de A. Paré (1), où l'on voit un individu

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition J.-F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 608.

dont la langue fut coupée rester muet pendant trois ans, et enfin pouvoir prononcer quelques mots en mettant un petit morceau de bois mobile dans sa bouche.

#### § II. — Hypertrophie de la langue.

Quelques enfants naissent avec une hypertrophie considérable de la langue qui remplit la bouche, sort à travers l'orifice et empêche l'allaitement. Maurant en a rapporté un exemple, mais il y avait, dans ce cas, une tumeur de la langue qui contribuait à augmenter son volume.

Ailleurs il n'y a qu'une hypertrophie légère, et saillie de la langue sous les arcades dentaires. Cette lésion est *primitive* ou *secondaire* et consécutive à une affection cérébrale chronique, telle que l'hydrocéphalie.

On fait prendre aux enfants l'habitude de rentrer la langue en y mettant, chaque fois qu'elle se montre, un peu d'alun ou de poivre. Cela évite les morsures de l'organe, et son accroissement ultérieur. Il faut en même temps donner aux enfants une nourrice pourvue de gros bouts de sein afin d'éviter à la langue un mouvement d'élongation trop considérable. Si l'on n'a pas de nourrice ainsi conformée, il faut recourir à un biberon dont le bout serait de gros volume.

Enfin, si l'hypertrophie est trop considérable, et qu'il y ait inconvénient à laisser la langue en pareil état, on peut pratiquer l'excision et mieux la ligature partielle.

Voici un cas dans lequel l'excision a été faite avec succès par le professeur Blanco (de Madrid).

OBSERVATION I. — *Hypertrophie congénitale*. — Un enfant de trois ans, Jean Zuviriego, robuste, fut admis à l'Hôpital général de Madrid, salle Sainte-Barbe, n° 1, le 20 août 1860, avec la difformité suivante : La bouche, constamment ouverte, donnait issue à un prolongement de la langue de vingt lignes d'étendue, depuis la pointe jusqu'au bord libre des lèvres, lequel tombait sur la lèvre inférieure et s'étendait tellement lorsqu'on demandait à l'enfant de tirer la langue, que cet aspect était horrible. Les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure étaient déchaussées et déjetées en avant, formant une espèce de canal où se plaçait la langue et où coulait continuellement la salive. Cette partie antérieure libre était plus consistante qu'à l'état normal ; elle avait aussi une couleur et une humidité spéciales, et parfois elle était couverte de croûtes jaunâtres. Malgré cette difformité, l'enfant mangeait toute espèce d'aliments, et il était curieux de voir avec quelle habileté il les plaçait entre les molaires pour les triturer, sans que la langue, qui paraissait devoir être meurtrie par les incisives, en souffrit la moindre atteinte.

Pour y remédier, l'enfant, placé sur les genoux d'un aide, les mâchoires tenues écartées par des bouchons de liège, la langue tenue d'une part par un fil passé de haut en bas au centre de la langue, à deux lignes en arrière du point où devait se faire la section et dont les extrémités furent ramenées à droite, d'autre part des pinces courbes entourées de linge et pénétrant dans la bouche par la commissure gauche, l'opérateur saisit de la main gauche l'extrémité libre de la langue enveloppée d'une compresse, et de la droite, armée de ciseaux courbes, il excisa d'un seul coup la moitié gauche, en divisant d'arrière en avant et de dehors en dedans, et de même la moitié droite en divisant dans le sens opposé, soit une incision double en forme de V, avec le sommet en avant. L'hémorrhagie fut facilement contenue. Opéré le 26 août, l'enfant pouvait manger sans difficulté dix jours après et quittait l'hôpital (1).

#### § III. — Adhérences congénitales de la langue ; — du filet.

La langue présente des adhérences : 1° avec le palais, ce qui est très-rare ; 2° avec le plancher inférieur de la bouche ; 3° avec les parties latérales de l'arcade

(1) Blanco, *Siglo medico*, 1860, n° 349.