

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 Aurren 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.

alvéolaire; 4<sup>e</sup> par son extrémité sur la ligne médiane au moyen du frein, c'est ce qu'on appelle le *filet*.

Au-dessous de la langue existe un repli membraneux fort mince, parfois transparent, placé de champ, et fixé derrière la symphyse de la mâchoire : c'est le *frein*; il maintient et modère les mouvements de la langue, il empêche sa trop grande élongation. Si le frein est trop court, la langue ne peut se mouvoir et sa pointe se creuse comme un cœur de carte à jouer. Si le frein est trop long, l'obstacle est le même. Cette difformité nuit à l'allaitement en gênant la succion et la déglutition; c'est surtout la brièveté du frein qui constitue le *filet*.

Comme le dit J.-L. Petit, il y a beaucoup d'enfants qu'on dit avoir le *filet* et qui ne l'ont pas. Il faut donc apprendre à reconnaître son existence. Quand on ne peut passer le doigt sous la langue de l'enfant, si cet organe ne peut s'élever au palais, si la succion du doigt est gênée, le frein est trop court et l'enfant a le *filet*. Il faut le couper. Cependant, si l'enfant prend bien le sein et tette facilement, l'opération est inutile.

Si, au contraire, l'enfant mis au sein saisit mal le mamelon, le lâche bruyamment, fait constamment du bruit en tétant à cause de l'impossibilité de la langue à embrasser le mamelon, laisse couler le lait au bord des lèvres, il ne tette point et l'opération du *filet* est suffisamment indiquée.

Cette opération, peu difficile, offre cependant quelques dangers d'hémorrhagie et d'avalement de la langue, quand elle est faite par une main inhabile.

L'enfant doit être maintenu assis, la tête renversée en arrière par quelqu'un qui ne se laisse pas intimider par les cris. Le chirurgien soulève la langue avec les doigts ou avec la plaque fendue d'une sonde cannelée et la relève en haut. Son autre main, armée de ciseaux mousses, dirigés la pointe en bas pour éviter les artères ranines, accomplit rapidement la section de la partie transparente du frein dans une étendue d'un demi-centimètre au plus. La plaie n'exige aucune précaution, guérit seule, et il est rare que l'enfant en souffre au delà de quelques heures.

L'hémorrhagie suit quelquefois cette opération, quand existe une anomalie vasculaire, et si une artère ranine ou une grosse veine a été divisée. Elle est entretenue par les mouvements de succion de l'enfant, ce qui peut la rendre très-considérable. Il faut alors cautériser le point d'où sort le sang avec le nitrate d'argent, l'acide sulfurique ou le cautère actuel sous forme d'un stylet rougi au feu. Ce serait peut-être aussi l'occasion d'essayer d'abord l'eau hémostatique de Tisserand, de Brocchieri, ou, beaucoup mieux, le perchlorure de fer.

Il suffit quelquefois, pour arrêter cette hémorrhagie, de mettre l'enfant au repos absolu en empêchant, par un procédé fort simple, les mouvements de succion sur la langue. Dès que l'opération est terminée, pour éviter que l'enfant ne suce sa langue, je le force à garder la bouche ouverte. Il suffit pour cela de l'endormir en lui mettant un pince-nez fait comme une pince à fermer les piqûres de sangsues. L'enfant respire alors par la bouche, et au bout de quelque temps l'hémorrhagie est arrêtée. Ce moyen, que je n'ai employé qu'une fois, m'a complètement réussi.

Bailly (1), qui a vu deux enfants mourir d'hémorrhagie après cette section du frein, croit qu'on peut se dispenser de cette opération, et que lorsque le frein est trop court on peut attendre sans rien faire de chirurgical. Dans sa pensée il croit que les progrès du développement de l'enfant restituent à la langue la mobilité dont elle jouit ordinairement chez l'adulte. D'ailleurs cette disposition n'aurait aucune

(1) Bailly, *Gazette des hôpitaux*, 1876, page 460.

action nuisible sur l'allaitement ou plus tard sur la netteté de la parole. Je ne crois pas que cette manière de voir soit juste. Il m'a semblé que la brièveté du frein gênait l'allaitement et plus tard l'articulation des mots, de sorte que je conseille formellement la section du *filet* toutes les fois qu'il existe. Seulement il ne faut couper que la partie transparente pour éviter les hémorrhagies.

Un autre accident plus rare, mais plus spécial de l'opération du *filet*, c'est le renversement de la langue dans le pharynx. J.-L. Petit en a rapporté plusieurs exemples fort saisissants. Cela n'arrive jamais qu'après une section trop étendue du *filet*, et, dans ce cas, c'est un accident très-grave qui peut amener la mort par suffocation. Avec un pince-nez on empêche l'enfant d'avaler ainsi sa langue, et si cela ne suffit pas, une plaque de métal, maintenue par un appareil, doit être mise à demeure sur la langue pour la tenir immobile.

On pourra aussi employer le moyen de Binaut (1), qui consiste à saisir le frein avec une pince à pansement, et à exercer une compression sur les parties pendant deux à trois heures.

## CHAPITRE II

### ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

La langue peut être le siège d'ulcérations de nature fort différente. Elle offre des ulcérations aphteuses, des ulcérations par blessure lorsqu'une dent cariée est brisée, des ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses, et enfin des ulcérations de coqueluche.

Dans cette dernière maladie, on trouve souvent à la partie inférieure de la langue, soit au *filet*, soit latéralement, des ulcérations grisâtres et étendues dont la cause a été longtemps méconnue. On a pensé qu'elles étaient la conséquence d'un effort intérieur qui déterminait une vésico-pustule suivie d'ulcération : absolument comme, dans une fièvre éruptive, le travail morbide engendre une éruption. Il n'en est rien, ces ulcérations qui n'existent que dans la coqueluche sont la conséquence de l'usure de la langue par son frottement sur l'arcade dentaire inférieure au moment des quintes de toux. C'est un phénomène dont j'ai parlé à propos de la coqueluche (voy. page 380).

## CHAPITRE III

### DIVISION ACCIDENTELLE DE LA LANGUE

OBSERVATION I. — *Division de la langue, suture avec une nouvelle aiguille : guérison*, par le docteur Vilches. — Un enfant de quatre mois tomba de son berceau et se divisa la langue transversalement au tiers antérieur et de droite à gauche dans les deux tiers de sa largeur. A l'examen, dix-huit heures après l'accident, le lambeau divisé formait une crête de coq s'opposant absolument à la succion du sein. Un médecin avait déjà proposé l'amputation de ce lambeau, mais l'importance de l'organe et l'âge du blessé m'incitèrent à en tenter la réunion par quelques points de suture. Ne pouvant me servir, dans ce cas, des aiguilles de Boyer, Velpeau, Cooper, ni des autres, j'en fis fabriquer une spécialement à cet effet. C'est une aiguille ordinaire, peu courbe, montée sur un manche rond, et présentant, à son extrémité antérieure, une espèce d'hameçon ou chas ouvert destiné à recevoir le fil après l'introduction de l'aiguille, et à en ramener un des chefs par l'ouverture d'entrée en la retirant. Je saisis donc avec une pince fixe le bord droit de la langue, que j'amenai en avant, et prenant mon

(1) Binaut, *Bulletin médical du nord de la France*, 1866.

aiguille de la main droite, j'en introduisis la pointe dans l'épaisseur de la division, à deux lignes du bord supérieur; puis, la dirigeant d'avant en arrière et de bas en haut, elle vint sortir sur le dos de la langue, à trois lignes en arrière de la division. Confiant alors les pinces à un aide, je portai, avec une pince fixe, de la main gauche, l'anse du fil dans le chas de l'aiguille, et, après un mouvement de torsion imprimé à cette aiguille, de la main droite, pour serrer cette anse, je la retirai en amenant le fil par l'ouverture d'entrée. J'en fis autant sur la partie médiane de la langue.

Dans un second temps plus facile, j'introduisis l'aiguille dans le lambeau, à environ trois lignes en avant du bord supérieur de la division, et, la dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas, elle sortit au milieu de la plaie, pour saisir les extrémités antérieures des fils et les amener hors de la bouche en retirant l'aiguille. Cela fait, j'avivai les lèvres de la plaie, puis je nouai les deux extrémités des fils.

Cinq jours suffirent à la réunion, qui s'opéra sans nulle difformité.

## CHAPITRE IV

### DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS ET DE LA VOUTE DU PALAIS

La voûte palatine et le voile du palais offrent différents vices de conformation que la chirurgie peut faire disparaître.

On observe : 1° la division de la luette seule; 2° la division du voile du palais tout entier; 3° la division du voile du palais et de la voûte.

#### § I. — Division de la luette et du voile du palais.

La division de la luette seule est chose fort rare; la division du voile est, au contraire, une lésion assez fréquente. Elle est toujours médiane et complète; ses bords s'écartent à chaque mouvement du pharynx; ils se terminent en bas par la moitié correspondante de la luette.

#### § II. — Division du voile et de la voûte du palais.

La division existe enfin sur ce voile et sur la voûte du palais. Elle est plus ou moins large, unique ou double, n'intéressant que la voûte et s'arrêtant à l'arcade dentaire, ou comprenant l'arcade dentaire elle-même. Elle est souvent, enfin, liée à la division congénitale des lèvres, en deux mots, au bec-de-lièvre.

L'allaitement est considérablement gêné par cette lésion; la succion, l'aspiration des liquides, la déglutition, le cri, la phonation, etc., sont choses fort difficiles. Quelquefois les nouveau-nés ne peuvent têter, et il faut les tenir verticalement en leur pressant le sein dans la bouche. Si le moyen ne réussit pas, il faut employer le biberon ou le lait à la cuiller. Des enfants qui n'avaient encore rien pu avaler et qui étaient mourants ont pu être rappelés à la vie de cette façon.

Cette difformité n'a donc rien de grave pour les enfants, si l'on emploie les précautions nécessaires pour leur faire prendre la nourriture. Néanmoins, comme elle entraîne des inconvénients considérables, la chirurgie a songé aux moyens de la guérir. Elle a trouvé les moyens *prothétiques* ou appareils destinés à être mis dans la bouche pour fermer des ouvertures que nul autre moyen ne saurait clore, la *staphylorrhaphie*, que Ph. J. Roux a le premier fait connaître (1).

Cette opération difficile, délicate, ne peut être pratiquée chez le nouveau-né, ni même dans la seconde enfance. Elle ne doit être entreprise que dans l'âge adulte,

(1) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I, p. 228 et suiv.

vers dix-huit ou vingt ans, afin que la docilité des sujets puisse aider le chirurgien dans ses manœuvres et dans les soins consécutifs à l'opération. En conséquence, je ne m'arrêterai pas davantage sur ce point qui rentre dans la chirurgie des adultes.

## LIVRE X

### MALADIES DE LA BOUCHE

#### CHAPITRE PREMIER

##### DENTITION. — FORMATION DES DENTS. — PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE LA DENTITION ET ACCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT L'ÉVOLUTION DENTAIRE

On a jadis considéré le travail de la dentition comme l'origine presque exclusive de la plupart des maladies des enfants, puis on a contesté toute influence à ce travail physiologique. Ces deux opinions, si elles sont exclusives, sont évidemment

$\frac{1}{2}$

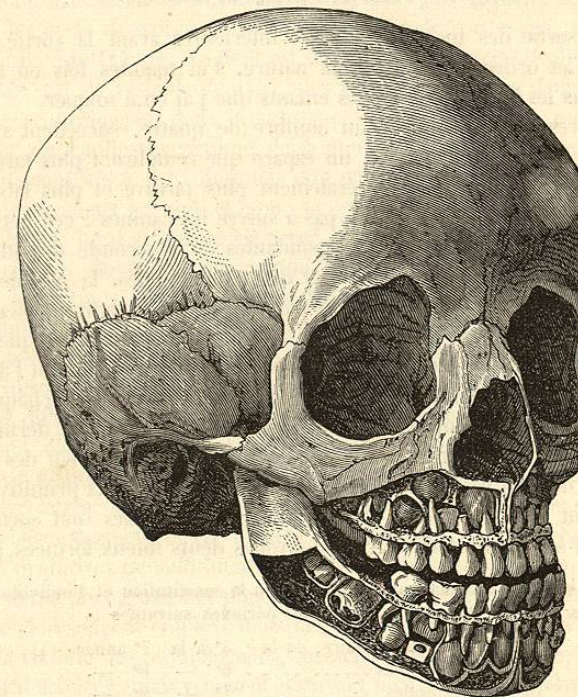


FIG. 60. — Crâne d'enfant d'environ sept ans. État des deux dentitions.

fausses. L'observation patiente et réfléchie montre que dans beaucoup de cas l'évolution dentaire, trop rapide ou trop tardive, régulière ou irrégulière, devient le point de départ des plus graves maladies. Dans quel cas la dentition est-elle la cause du dérangement de la santé, et quels sont les désordres qui en dépendent? Voilà ce qu'il faut établir. Comme on le verra, il n'est qu'un petit nombre de maladies