huit à dix fois par jour et disparaissant sans laisser de traces. C'est aussi la forme sous laquelle cet accident a été observé par Barthez, Delasiauve et Devergie; seulement, dans le cas rapporté par Devergie, la syncope a été suivie de mort.

La syncope peut être confondue avec les *convulsions internes*, le *spasme de la glotte* ou certains états convulsifs mal caractérisés, de nature spasmodique simple ou épileptique. Dans la syncope, il y a une pâleur qui n'existe pas dans l'état convulsif, et la résolution complète des membres qui s'y trouve la sépare des convulsions où il y a du strabisme, de la roideur des membres ou des secousses cloniques convulsives. Dans le spasme de la glotte, il y a, à la fin de l'accès, un petit hoquet caractéristique.

Pronostic. — La syncope chez les enfants à la mamelle n'est généralement pas un accident grave, et après quelques minutes elle se termine par le retour à la vie. Elle peut se reproduire assez souvent chez quelques-uns d'entre eux. Dans quelques cas, pendant la syncope, des caillots se forment dans le cœur, et, empêchant le retour de ses fonctions, produisent la mort. C'est à cette cause qu'il faut attribuer un certain nombre de cas de mort subite observés chez les enfants.

La syncope est évidemment un spasme du cœur, une convulsion de cet organe en rapport avec un trouble subit, sympathique ou autre du système nerveux.

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* 25 milligrammes; — ou avec la *poudre d'ipécacuanha* 15 à 20 centigrammes; — donner une potion au *musc* 50 centigrammes; — au *bromure de potassium* un gramme; — à l'eau de *laurier-cerise* 10 à 20 gouttes.

Des lavements de sel gris 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.; donner des bains avec décoction de racine de valériane 250 grammes.

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

J'ai vu un certain nombre d'exemples de mort subite chez les enfants. 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 turbercule; — 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 une enfant de trois ans atteinte d'impétigo

(1) Voir le chapitre ENTOZOAIRES.

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, 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

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. Cette opinion 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.

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 pneumogastrique 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

ASTOMIE. — 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

(1) Voir le chapitre ENDOCARDITE et MYOCARDITE.

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.

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 (2), par Blot, par Dolbeau et par moi, qui en ai vu deux cas dans 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

(1) Voyez SCROFULE.
(2) Holmes, *Thérapeutique des mal. chirurgicales des enfants.* Paris, 1870.

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 (1), 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.

Causes. — Le bec-de-lièvre congénital est le résultat de causes très obscures, 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 (2) 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.

(1) Paillard, *Journal des progrès*, 1817.
(2) Demarquay, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques.* Paris, 1866, t. IV, p. 700, article BEC-DE-LIÈVRE.

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 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, ouverte 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.

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 motiés 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 représentait un 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 Kin'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.

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.

Traitement. — Le traitement du bec-de-lièvre consiste dans une opération chirurgicale facile à pratiquer. Dionis, Garengeot, 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. Paul Dubois (5) 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. Dubois ont

(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*, 4e édition, p. 575.
(4) Fr. Rynd, *Dublin Quarterly Journal*, avril 1861.
(5) 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).

réussi dans un cas où il y avait bec-de-lièvre simple avec division de la moitié antérieure de la voûte palatine. Bourdon, de l'Oise, en a fait autant.

Observation IV. — X... est atteint d'un bec-de-lièvre congénital double avec scissure profonde de la voûte palatine, qui rendrait 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.

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.

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 servait 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.

Fig. 51. — Suture entortillée.

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. 51). 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.

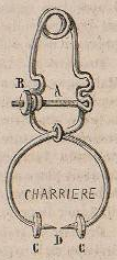

Fig. 52. — Grande serre-fine de Guersant pour maintenir les tissus rapprochés après l'opération du bec-de-lièvre (*).

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.

Phillips (2) 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. 52) 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

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

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

(*) A, tige taraudée 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.

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.

Procédés 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 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 (1). — « 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 elle rejoint la surface avivée. Le tubercule médian taillé en V allongé, à 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 étendue assez grande 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 de tout le lambeau qu'on y ajoute.

« 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.

(1) Sédillot, *Contributions à la chirurgie.* Paris, 1868, tome II, p. 624.