

nous à dire que l'évolution des gommès se fait toujours lentement, que toujours elles sont indolentes et que l'ulcération résultant de leur rupture n'amène pas d'engorgement ganglionnaire.

6° LÉSIONS CHIRURGICALES DES JOUES.

A. — Lésions traumatiques.

Les plaies des joues, quand elles sont simples, ne présentent rien de particulier; comme toujours, après avoir arrêté l'hémorrhagie et avoir retiré les corps étrangers, avoir soigneusement rasé la barbe, on affrontera les lambeaux et on les réunira par une suture profonde. Lorsque la plaie sera contuse, très déchiquetée en lambeaux, comme par un coup de feu, par exemple, on se conduira comme nous l'avons dit en parlant des plaies contuses des lèvres, en avivant les lambeaux et en tentant la suture si l'on peut espérer obtenir une réunion par première intention. Dans le cas contraire, les cicatrices vicieuses avec déformation ou atrésie de la bouche, avec difformités gênantes toujours, affreuses quelquefois, sont toujours à craindre.

Une complication toujours sérieuse, non pas qu'elle mette la vie du blessé en danger, mais par la gêne qu'elle entraîne le plus souvent à sa suite, c'est la section du canal de Sténon. Affrontés bien exactement, les deux bouts du canal peuvent se souder sans accident, mais ce résultat est difficile à obtenir. Dans la majorité des cas il se fait au niveau de la section une fistule salivaire; nous y reviendrons plus loin en parlant des lésions de la parotide et de son canal excréteur. Quoi qu'il puisse en advenir, il n'en faut pas moins, alors même que le conduit parotidien est manifestement sectionné, tenter d'obtenir la réunion par première intention des plaies de la joue, sauf à intervenir plus tard pour combattre l'incommodité de la fistule salivaire.

B. — Lésions formatrices.

Parmi les tumeurs des joues on a signalé quelques très rares sarcomes, quelques lipomes.

Les angiomes de la joue sont rarement primitifs, presque toujours ils sont dus à l'extension des angiomes labiaux; on a signalé encore des lymphangiomes géniens.

Les kystes sébacés des joues se voient quelquefois; ils n'ont aucune gravité, mais néanmoins on doit les enlever en raison de la difformité qu'ils causent lorsqu'ils atteignent un certain volume qui cependant ne dépasse que très rarement celui d'un œuf de pigeon.

Les kystes muqueux sont analogues à ceux des lèvres, et sont d'origine glandulaire.

On rencontre chez les vieillards des adénomes tubulés qui semblent avoir leur point de départ dans les conduits sudoripares, mais la nature de ces tumeurs n'est pas encore bien nettement établie (voy. t. I, p. 136), car souvent le cancroïde en est la conséquence.

Le cancroïde ou épithélioma de la joue est assez fréquent; il peut n'être qu'une extension du cancroïde des lèvres, comme aussi il peut se développer sur place. Dans les deux cas c'est une tumeur qui d'abord n'envahit que les couches cutanées et s'étend périphériquement, et qui infiltre et détruit ensuite les tissus profonds. La tumeur s'ulcère et constitue par sa poussée vers l'extérieur une masse mollasse, framboisée, fongueuse, à base élargie, à rebords rouges-violacés plus ou moins épaissis; les ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires auxquels se rendent les lymphatiques de la région se prennent rapidement.

Traitement. — L'extirpation doit être tentée et doit s'étendre jusqu'au delà des limites du mal; trop souvent elle n'est pas possible, car la base de la tumeur est trop large, les délabrements trop considérables et la récurrence presque fatale, les tissus infiltrés au loin ne pouvant être nettement délimités et enlevés. C'est dans ces cas difficiles que l'on peut avoir recours à la destruction par les flèches de Canquoin, flèches caustiques qu'il faut porter au delà des bases d'implantation, pour tâcher d'éviter les récurrences qui toujours sont à craindre. Si l'on est assez heureux pour tout enlever, on pourra corriger la déformation consécutive par des autoplasties ultérieures.

C. — Vices de conformation des lèvres et des joues.

1° Vices de conformation acquis.

Les vices de conformation sont acquis ou congénitaux.

1° Lorsqu'elles sont acquises, ces lésions dépendent toujours de brûlures, d'ulcérations ou de plaies vicieusement cicatrisées. Les voiles musculo-membraneux qui constituent les lèvres et les joues, n'étant que peu soutenus par des parties solides pouvant leur fournir un point d'appui, se prêtent à toutes les rétractions cicatricielles. Tantôt les cicatrices vicieuses sont bornées aux joues et aux lèvres elles-mêmes, qui sont tirées en différents sens, tantôt les bords des lèvres supérieures et inférieures se sont soudés entre eux par destruction de leur muqueuse, tantôt encore les lèvres et les joues contractent des adhérences avec le rebord gingival et avec les arcades dentaires. Dans ce dernier cas les brides cicatricielles empêchent tout mouvement du maxillaire, mais simultanément la rétraction cicatricielle lente et progressive agit de dehors en dedans, presse sur les arcades dentaires et les repousse en dedans.

Lorsque les lèvres sont isolément atteintes, lorsque la lèvre infé-

rieure par exemple est attirée par une rétraction cicatricielle, elle est déjetée en dehors comme l'est en pareil cas la paupière inférieure; un ectropion labial se produit alors et la salive s'écoule par la bouche incomplètement fermée; il en est de même quand il s'agit de la lèvre supérieure, l'ectropion fait rebrousser en haut ce voile membraneux qui laisse les dents supérieures à découvert.

Quand les lèvres sont soudées l'une à l'autre, l'atrésie buccale peut être telle que l'orifice de la bouche ne laisse plus passage qu'à un mince tuyau de sonde ou au bec d'une cuiller. Le malade ne saurait évidemment alors se nourrir qu'au moyen d'aliments liquides. Bien plus grave encore devient l'infirmité quand les brides empêchent le jeu du maxillaire inférieur par suite de l'adhérence des cicatrices au rebord alvéolaire. L'alimentation est dans tous ces cas très insuffisante et l'articulation des sons presque impossible. A tout prix le malade demande à être délivré de son infirmité, et le chirurgien doit d'autant plus intervenir que, par suite de l' inanition qui en résulte, la vie peut à la longue être compromise.

Traitement. — L'indication formelle est d'abord, en présence de toutes les plaies des lèvres et des joues, de s'opposer par tous les moyens possibles à la production des cicatrices vicieuses. Nous avons longuement expliqué le mécanisme de leur rétraction et nous avons fait comprendre combien il est souvent difficile de les éviter. Une fois produites, il importe toujours d'y remédier, de détruire les adhérences quelles qu'elles soient et, chose beaucoup plus importante, d'empêcher leur reproduction. Prenons pour type l'atrésie buccale par coalescence des deux lèvres. Il s'agit de diviser l'adhérence, chose facile, par une incision; de détruire ensuite les brides gingivo-labiales ou génio-gingivales et de faire cicatriser isolément les parties divisées, ce qui est plus difficile. La seule indication rationnelle est de recouvrir la surface cruentée par un lambeau de muqueuse renversée en dehors; l'épithélium de revêtement de la muqueuse empêchera cette membrane de se souder à sa congénère dont on aura recouvert la lèvre opposée, tandis que par son bord avivé elle se soudera au bord avivé de la peau correspondante; si l'opération est bien conduite, si les sutures sont bien faites et la cicatrisation par première intention obtenue, on sera en droit d'espérer un bon résultat; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, malgré les efforts du chirurgien, la rétraction intervient de nouveau, et l'infirmité reparait au bout de quelque temps. Si la vie n'est pas en danger par impossibilité d'alimentation, mieux vaut attendre que la puissance de rétraction du tissu cicatriciel soit épuisée que d'opérer trop tôt, car alors, quand même l'opération aurait réussi, la rétraction de la première cicatrice, cause de l'intervention chirurgicale, continuerait à se produire et entraînerait des accidents auxquels il deviendrait plus difficile de parer; une opération secondaire se ferait en effet à travers des tissus inodulaires de seconde formation.

Souvent il ne faut pas espérer obtenir un résultat avantageux par une seule opération, il est alors bien préférable de faire des opérations successives destinées à se compléter l'une l'autre, c'est au chirurgien à les modifier suivant les cas, à lui aussi de trouver les procédés d'autoplastie, de chéiloplastie qui répondront le mieux au résultat qu'il se propose d'obtenir.

2° Vices de conformation congénitaux.

Considérations embryologiques.

Si les os du crâne se développent comme les arcs dorsaux partis de la notocorde prolongée ainsi que nous l'avons vu, jusqu'au niveau de la selle turcique, à travers l'apophyse basilaire et le corps du sphénoïde, les os et les différentes parties de la face se développent comme les arcs antérieurs, arcs viscéraux destinés à former la grande cavité antérieure limitée de haut en bas par la face, les parties antérieures du cou, le thorax et l'abdomen. Ce sont, en réalité, des arcs costaux, qui partis latéralement de la corde dorsale s'inclinent en avant et vont, par leur réunion sur la ligne médiane, constituer le raphé médian antérieur du tronc. Le développement de la face est donc tout à fait différent de celui du crâne et en est indépendant.

Les arcs antérieurs les plus rapprochés de la base du crâne constituent les arcs pharyngiens au nombre de quatre qui interceptent entre eux des fentes, fentes branchiales, véritables espaces intercostaux conduisant primitivement dans la cavité du pharynx et s'oblitérant successivement en allant de haut en bas. On conçoit donc, et nous reviendrons sur ce point en parlant des vices de conformation du pharynx, on conçoit que si, par un arrêt de développement, une ou plusieurs de ces fentes ne se sont pas oblitérées, une communication anormale pourra persister après la naissance entre l'extérieur et la cavité pharyngienne.

Mais on comprend aussi que dans la région tout à fait supérieure de la face, une partie médiane, un bourgeon provienne à la fois de la partie inférieure de la voûte et de la base du crâne; ce bourgeon est situé au-dessus du premier arc pharyngien; c'est le *bourgeon frontal* qui s'allonge vers en bas et se divise bientôt en deux *bourgeons frontaux latéraux* (un pour chaque côté de la face) qui se projettent en dehors et qui vont rejoindre les bourgeons maxillaires, continuation antérieure du premier arc pharyngien. Ces deux bourgeons latéraux dirigés en dehors pour se réunir au bourgeon maxillaire supérieur émettent chacun un bourgeon médian qui, se réunissant à celui du côté opposé, constitue un *bourgeon nasal interne* qu'une *fossette*, dite *olfactive*, sépare de la partie externe du bourgeon latéral, partie externe qui prend alors le nom de *bourgeon nasal externe*. La *fossette olfactive* se continue en bas par un *sillon nasal* qui s'étend jusqu'à la cavité bucco-nasale, de telle sorte que les deux bourgeons nasal externe et nasal interne sont nettement limités par une fissure qui, jointe à la fossette olfactive, constitue plus tard la narine.

Le *bourgeon nasal interne* se porte alors en dedans au devant de celui du côté opposé, auquel il se réunit bientôt en constituant un seul bourgeon médian,

bourgeon incisif, d'où dérive l'os intermaxillaire ou incisif et la partie médiane de la lèvre supérieure.

Simultanément, le premier arc pharyngien, en se portant en avant, s'est dédoublé et a donné naissance à deux bourgeons distincts, l'un inférieur, *bourgeon maxillaire inférieur*, qui se développe rapidement et va sur la ligne médiane se conjuguer avec son congénère du côté opposé, de manière à former la mâchoire inférieure, os et parties molles, sans qu'aucune partie intermédiaire ne soit venue s'interposer entre eux. Le bourgeon supérieur, *bourgeon maxillaire supérieur*, au contraire, se développe plus lentement, forme la paroi inférieure de l'orbite, puis, en se rapprochant d'un *sillon lacrymal* intermédiaire entre lui et la face inféro-latérale de la cavité orbitaire, délimite le canal nasal et arrive enfin en avant jusqu'au niveau du bourgeon nasal externe, auquel il se réunit. A ce moment, il existe donc une fissure qui sépare le bourgeon incisif d'avec le bourgeon nasal externe qui lui-même fait suite au bourgeon maxillaire supérieur. Ces deux bourgeons se soudent de très bonne heure, vers le quarantième ou quarante-cinquième jour; mais si un arrêt de développement intervient pour une cause quelconque, leur réunion ne se fait pas et l'os intermaxillaire reste distinct et séparé du maxillaire supérieur en même temps que la partie externe de la lèvre supérieure ne se soude pas à la portion de cette lèvre dont le développement se fait aux dépens du bourgeon incisif. C'est dans ce fait d'embryologie qu'il faut rechercher la cause des becs-de-lièvre unique ou double portant en dehors de la ligne médiane. Mais nous avons vu que le bourgeon incisif est lui-même le produit de la coalescence hâtive des deux bourgeons nasaux internes; si nous admettons que ce soit avant leur réunion sur la ligne médiane que l'arrêt de développement se soit produit, nous nous expliquerons les cas de bec-de-lièvre médian.

Jusqu'alors la cavité buccale communique largement avec la cavité nasale, rien ne les sépare, tout comme, à une époque antérieure, alors que la cavité bucco-nasale n'était qu'une fente branchiale, elle communiquait avec la cavité pharyngienne et n'était séparée du cul-de-sac intestinal antérieur que par une mince membrane destinée à se résorber de très bonne heure. Au moment embryologique qui nous occupe actuellement, la cavité bucco-nasale est une et communique avec le pharynx. Bientôt, sur les parois latérales du bourgeon maxillaire supérieur, se développe de chaque côté une lamelle horizontale qui va se souder en avant à l'os incisif et se conjuguer sur la ligne médiane avec une lamelle analogue venue du côté opposé; c'est ainsi que se forme la voûte palatine.

Mais si l'arrêt de développement qui a frappé le bourgeon maxillaire supérieur et a déterminé le bec-de-lièvre porte sur une étendue plus grande, il est aisé de comprendre que le défaut de réunion s'étendra d'abord à la ligne oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière qui sépare l'os incisif du maxillaire supérieur et continuera ainsi à travers la ligne antéro-postérieure, suivant laquelle les apophyses palatines du bourgeon maxillaire supérieur devraient se réunir; on comprend en outre que ce défaut de coalescence portera non seulement sur les os, mais encore sur les parties molles et pourra ainsi gagner jusqu'au voile du palais dont la charpente fibreuse continue la voûte osseuse formée par les apophyses palatines des maxillaires supérieurs et par les os palatins.

Supposons maintenant que l'arrêt de développement, au lieu de n'atteindre qu'un seul côté de la face, en ait atteint les deux côtés, les deux bords de l'os incisif ne se souderont pas à leurs bourgeons maxillaires correspondants, et le bec-de-lièvre sera double; entre les deux fissures latérales restera un os mobile, l'os intermaxillaire qui, par suite du développement ultérieur, pourra basculer en avant avec les dents incisives qu'il supporte.

Quand le défaut de soudure porte suivant le sillon qui sépare les bourgeons maxillaire supérieur et inférieur, on comprend que la commissure labiale, au lieu d'exister en son lieu normal, se trouve rejetée plus ou moins en dehors et en arrière; comme encore on peut s'expliquer que la fente osseuse et la division des téguments puisse suivre le canal lacrymal et faire ainsi communiquer l'orbite avec la cavité bucco-nasale incomplètement séparée.

Bec-de-lièvre.

Le bec-de-lièvre est la division permanente des lèvres, résultant d'un arrêt de développement des bourgeons maxillaires et frontaux, dont la soudure n'a pas été complète.

Toute l'anatomie pathologique de cette malformation est donc laissée au hasard d'un développement irrégulier, incomplet de ces bourgeons, qui entrave une division simple ou double, superficielle ou profonde.

Le bec-de-lièvre sera unilatéral ou bilatéral, superficiel ou profond, c'est-à-dire complexe. Seule la lèvre supérieure pourra présenter deux divisions, l'une à droite, l'autre à gauche, tandis que la lèvre inférieure qui suit le rapide développement du bourgeon maxillaire inférieur, si elle est atteinte de bec-de-lièvre (ce qui est rare), ne le sera jamais que sur la ligne médiane.

Cette rareté de la division congénitale de la lèvre inférieure, signalée par quelques auteurs, doit être placée à côté d'autres exceptions, telles que le bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure et le bec-de-lièvre commissural. Le premier est le résultat d'un arrêt dans la soudure des deux os incisifs, et le dernier succède à un défaut de coalescence entre les deux bourgeons maxillaires d'un même côté.

Cette affection ne saurait avoir d'étiologie spéciale: ses causes sont de même ordre que celles qui président au *spina bifida*, au pied bot, à la main bote, à la syndactylie et à tous les arrêts de développement, au sujet desquels on invoque tour à tour l'action du système nerveux originellement altéré, de l'atavisme, dont on admet l'influence, mais qu'on n'explique pas, des maladies maternelles qui doivent exercer un certain rôle à titre de troubles indirectement portés sur la nutrition de l'œuf, ou enfin et plus rationnellement, l'effet des adhérences de l'œuf à ses membranes.

Le développement de la face et des parties antérieures du crâne nous étant connu, il est facile de comprendre l'anatomie pathologique et la symptomatologie du bec-de-lièvre

Cette affection, lorsqu'elle est simple, c'est-à-dire superficielle, occupe soit un des côtés de la lèvre supérieure, soit les deux côtés à la fois.

Le bec-de-lièvre unilatéral se présente avec des caractères qui varient peu. C'est une fente verticale qui divise soit une partie de la hauteur de la lèvre, soit la lèvre tout entière au-dessous de la narine. Quelquefois la division va jusque sur le bord inférieur de la narine, qui se trouve ainsi partagée et élargie, donnant au nez un aspect disgracieux. Deux lambeaux de lèvres, sur lesquels on distingue au dehors la peau avec tous ses caractères, et sur le bord libre la muqueuse avec sa coloration rosée, limitent cette fente verticale. La lèvre externe sollicitée par la contraction des muscles de la face est dirigée obliquement en dehors et s'écarte ainsi de la lèvre interne verticale en haut, un peu arrondie en bas; l'écartement de ces deux parties laisse assez souvent entrevoir les incisives, quand il est prononcé.

Ce premier degré de bec-de-lièvre n'entraîne avec lui aucun trouble fonctionnel : la succion, la préhension des aliments, plus tard l'usage de la parole ne sont que peu troublés. C'est une simple malformation dont une opération bien dirigée peut toujours avoir raison.

Ces différents détails appartiennent également au bec-de-lièvre simple bilatéral, mais en ce cas l'association des deux divisions donne au sujet qui le porte une physionomie particulière. Les deux lèvres internes, en s'arrondissant, se rejoignent pour circonscrire un lobule plus ou moins court, qui recouvre immédiatement les incisives. Mais ce lobule peut être souvent très court, très petit; quelquefois il est dévié en avant, et forme alors une saillie d'autant plus disgracieuse, que les incisives sont, elles aussi, déplacées. Les deux narines sont élargies et le nez épaté, comme écrasé. Enfin il est fréquent de voir le mécanisme de la lèvre troublé au point que les bords de la division ne se rapprochent presque plus sous l'effort de la volonté, tandis que dans le bec-de-lièvre unilatéral ce rapprochement existe. Il en résulte que la préhension des aliments et l'articulation des sons sont plus ou moins altérées.

Les becs-de-lièvre simple et médian, soit de la lèvre supérieure, soit de la lèvre inférieure, ne sont que de rares exceptions sur lesquelles il est inutile d'insister, et qui mériteraient à plus juste titre d'être classées parmi les becs-de-lièvre complexes, car il est rare qu'on n'observe pas, quand ils existent, une absence de soudure des deux os intermaxillaires ou une division du corps du maxillaire inférieur.

Le bec-de-lièvre commissural ou génien se présente avec deux aspects tout à fait différents. Tantôt la division se prolonge en arrière jusqu'au voisinage du lobule de l'oreille, quelquefois d'une oreille à l'autre, tantôt elle remonte obliquement en haut et en dehors vers le petit angle de l'œil. De ces difformités on ne connaît qu'un très petit nombre de cas. La fente commissurale dirigée directement en dehors expose à la

perte incessante de la salive, le canal de Sténon venant s'ouvrir près du rebord supérieur de la fissure.

Le bec-de-lièvre *complexe*, qui comprend la division de la lèvre supérieure et celle des os placés en arrière, a plusieurs variétés, selon que l'arrêt de développement a porté sur la soudure des os incisifs et des maxillaires entre eux, ou même jusqu'au voile du palais. On distingue ainsi la fissure labio-alvéolaire, la fissure labio-palatine. Celle-ci, quand elle est profonde et occupe les deux côtés à la fois, a reçu le nom de *gueule de loup*.

La première variété labio-alvéolaire, la plus simple, peut être unilatérale ou bilatérale. La division de la lèvre supérieure a le même aspect que dans le bec-de-lièvre superficiel. Cependant on peut, dans plusieurs cas, par la seule inspection, prévoir que profondément les os sont intéressés. Il existe en effet une saillie des os incisifs qui soulève la lèvre interne de la fissure. Les os se trouvant séparés du maxillaire d'un côté par une division qui s'étend obliquement de dehors en dedans jusqu'au trou palatin antérieur ont une tendance à se porter en avant et entraînent avec eux le maxillaire du côté opposé de telle sorte que les os correspondant au côté de la fissure se trouvent en retrait.

On comprend sans peine combien la déformation s'accroît quand le bec-de-lièvre complexe du premier degré est bilatéral. Deux fissures obliques s'étendent de la lèvre supérieure en arrière jusqu'au trou palatin, et les os incisifs avec les dents qu'ils portent ne se trouvent plus soutenus par les maxillaires dont ils sont séparés. Ils ne tiennent plus qu'à la cloison des fosses nasales et, poussés par les pressions que leur imprimant les mouvements de la langue, ils se dévient de plus en plus en dehors et font saillie au-dessous du nez, entre les deux lèvres externes de la fissure labiale.

La fissure labio-palatine est encore unilatérale ou bilatérale. Unilatérale, elle s'étend obliquement en arrière en divisant les os incisifs du maxillaire, en séparant ensuite les deux maxillaires, les deux palatins et le voile du palais. L'arrêt de développement a porté sur la soudure des incisifs et du maxillaire, sur l'apophyse palatine restée incomplète, sur l'articulation des palatins entre eux et sur le voile lui-même. Aussi la fissure largement ouverte, limitée en dedans par le vomer articulé avec le maxillaire resté sain, en dehors par le maxillaire incomplètement développé, communique-t-elle avec la fosse nasale du côté correspondant.

La division ne s'étend pas toujours jusqu'au voile du palais. Elle peut ne comprendre que les os. Mais elle n'existe jamais sans altérer beaucoup la symétrie de la face. Plus fréquente à gauche qu'à droite, elle a pour conséquence immédiate d'entraîner une atrophie marquée du maxillaire gauche, dont les dents se trouvent placées sur une courbe qui ne se continue plus avec celle du maxillaire opposé. Celui-ci, par

contre, fait une saillie quelquefois considérable et soulève la lèvre supérieure.

La fissure *labio-palatine bilatérale* a complètement séparé les os incisifs des deux maxillaires. Elle s'étend d'abord jusqu'au conduit palatin, et de là se poursuit en arrière pour séparer complètement les apophyses palatines en laissant isolé le bord inférieur du vomer qui fait saillie au milieu d'une large perforation, marquant l'intervalle des deux fosses nasales désormais confondues avec la cavité buccale. Plus loin palatins et voile du palais se trouvent encore divisés, et il n'existe, on le voit, aucune séparation entre les fosses nasales, la bouche et l'arrière-gorge. Cet arrêt de développement complet de toute la voûte palatine a pris le nom de *gueule de loup*. Mais la division n'est pas toujours aussi étendue, elle peut s'arrêter avant d'arriver jusqu'au voile du palais et se présenter avec un écartement moins considérable des os désunis.

La conséquence immédiate de cette double fissure est, comme dans les cas précédents, un déplacement des os incisifs, qui subissent davantage l'effort de la langue et, ne se trouvant plus soutenus que par de très faibles adhérences, se projettent tellement en avant qu'ils ne constituent quelquefois plus qu'un lobule mobile et pédiculé. Les fosses nasales très élargies donnent à la physionomie une expression étrange : le nez est écrasé, aplati. La lèvre inférieure, plus que dans les variétés précédentes, fait une saillie pour aller à la rencontre de la division de l'autre lèvre et cherche à la combler. La langue elle-même présentera quelquefois une dépression, une sorte de sillon médian antéro-postérieur produit par la pression du vomer avec lequel sa face supérieure est alors en contact.

Une pareille difformité entraîne, on le comprend, des troubles fonctionnels sérieux; sans parler de la phonation qui se trouve directement altérée dès que les fosses nasales sont à un degré quelconque ouvertes par une fissure, la succion est la plupart du temps impossible, et presque tous les enfants meurent d'athrepsie rapide. On ne rencontre que peu de sujets atteints de bec-de-lièvre complexe bilatéral, ceux qui ont résisté à l'épreuve d'une alimentation difficile conservent des troubles fonctionnels divers : mastication, déglutition gênées, articulation des sons presque impossible.

La gravité de cette malformation augmente en raison directe des troubles fonctionnels qu'elle produit et des opérations plus sérieuses qu'elle nécessite.

Traitement. — Nous ne devons pas ici donner la description des procédés opératoires auxquels le chirurgien peut avoir recours pour corriger la difformité. Nous établissons seulement en principe que l'opération constituant un danger sérieux pour les très jeunes enfants ne doit être proposée que si le bec-de-lièvre, par les troubles fonctionnels qu'il produit, s'oppose à l'alimentation. Encore faut-il, pour

la rendre légitime, qu'il n'existe aucune tare, aucun signe indiquant un trouble profond de la circulation ou de l'innervation, enfin que l'opération indiquée reste dans des limites restreintes.

La règle est donc, après avoir vérifié l'état général et l'état local, d'observer le sujet pendant un temps nécessaire pour reconnaître s'il augmente régulièrement de poids; de s'assurer ensuite si le défaut de nutrition qu'on découvrirait ainsi tient à une difficulté de la préhension des aliments ou bien à une autre cause qu'on pourrait reconnaître et corriger de suite.

L'opération décidée ne devra guère, dans les premiers mois de la vie, dépasser l'avivement simple des lèvres pour fermer la fissure externe, qu'il s'agisse d'un bec-de-lièvre superficiel ou complexe. On ne devra opérer la fissure bilatérale que dans les cas où elle est limitée par des parties bien mobiles se prêtant à un rapprochement facile.

Le bec-de-lièvre complexe ne peut réclamer une opération définitive avant que l'enfant ait traversé les dangers de la première année. Tout au plus doit-on, par des pressions, par des bandages, chercher à réduire les saillies osseuses. Toute l'attention du chirurgien doit se concentrer sur les moyens d'assurer l'alimentation avant de tenter une intervention trop dangereuse pour la première enfance.

Pour les détails opératoires nous renvoyons aux traités classiques d'opérations qui, non seulement décrivent les procédés, mais encore en donnent une appréciation.

7° LÉSIONS DE LA VOÛTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Nous rapprochons l'étude de ces lésions de celle que nous venons de faire du bec-de-lièvre, car si elles n'ont pas toutes la même origine, leurs effets fonctionnels sont en partie les mêmes, division de la voûte ostéo-membraneuse et communication entre la cavité buccale et les fosses nasales.

A. — *Lésions traumatiques.*

1° Les *traumatismes* qui atteignent la voûte palatine ou le voile du palais proviennent d'ordinaire de projectiles qui pénètrent par la bouche ouverte ou qui sont la conséquence de tentatives de suicide. On a signalé des plaies par instruments piquants survenues dans des conditions analogues, et pour ma part je me souviens d'un jeune soldat qui, dormant en plein air, la bouche ouverte, fut piqué au voile du palais par une guêpe. Cette piqûre détermina un gonflement considérable et un petit abcès du voile.

Les plaies de la voûte, comme celles du voile, peuvent n'atteindre que les parties molles; il nous suffira de les indiquer, car ces lésions ne