

de s'exposer au ridicule de nos plus âgés; si par hasard on est coupable de quelques erreurs de jeunesse, nous serons tous sur le même pied. Indépendamment des avantages qu'on peut avoir de passer quelques heures en nous instruisant, cette Société tendra à l'union de nos jeunes confrères, laissant aux plus âgés, les plaisirs et les avantages de querelles et de jalousies.

En vous communiquant cette intention, je me flatte que le talent et les dispositions connues avec lesquels vous conduirez votre nouvelle publication, seront récompensés au-delà de vos desirs.

Croyez moi, M. l'Éditeur,
Votre, etc.,
UN M. D. DE QUATRE ANS.

26 Décembre, 1846.

DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE, DE SON OPPORTUNITÉ ET DE L'ÉPOQUE À LAQUELLE ON DOIT LA PRATIQUER.

PAR M. GUERSANT FILS, HÔPITAL DES ENFANS.

Nous avons dit que dans tous les cas où l'on mettait en usage l'ancien procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, il restait après la guérison une sorte d'encocheure, de dépression à la partie inférieure de la solution de continuité. Chez tous ceux que nous avons opérés, nous l'avons observée.

Au moment où nous vous entretenons de cette opération, nous avons dans nos salles, où il est entré pour une autre affection, un enfant qui a été opéré il y a plusieurs années par M. Roux, auquel on ne peut refuser une grande habileté comme chirurgien, et qui présente cette dépression très marquée. Nous avons dit encore que le seul moyen d'éviter cette brèche, c'est de faire usage du procédé de M. Malgaigne. Voici en quoi il diffère de l'ancienne méthode.

Dans l'ancienne méthode, on rafraîchit avec les ciseaux ou le bistouri, et de bas en haut, les lèvres de la solution de continuité, puis on les affronte le plus exactement possible, à l'aide d'aiguilles et de la suture. Nous avons dit encore que les bords de la division rafraîchie forment avec le bord libre de la lèvre un angle d'autant plus obtus qu'on en aura retranché davantage, et que de leur rapprochement naîtra un angle obtus à base inférieure, qui contribue à former la perte de substance et la rétraction naturelle de la cicatrice, qui tire vers la narine le sommet de l'angle du bord labial. Voici le raisonnement que fit M. Malgaigne. Il faut changer les conditions de l'opération pour la mettre en rapport avec la difformité à corriger. Au lieu d'accroître donc la déperdition de substance qui constitue le bec-de-lièvre et rend sa guérison complète si difficile, il faut garder le plus de tissu possible, et en emprunter même, si besoin est, aux parties voisines. En un mot, disait M. Malgaigne, l'avivement du bec-de-lièvre ne peut se faire qu'à la condition de retrancher de la peau quelques petites portions. C'est l'utilité de ces portions jusqu'à présent inutiles et perdues qui constitue la nouvelle méthode.

Le procédé de M. Malgaigne est de la plus grande simplicité. Au lieu de rafraîchir les bords de la solution de continuité de bas en haut, il les ravive de haut en bas laissant adhérents par un petit pédicule les lambeaux qu'il a détachés du bord qui l'eût rendu saignant. Une fois l'avivement fait, il réunit la plaie avec des aiguilles à suture, comme dans le procédé ordinaire; mais de plus, au moyen des deux petits lambeaux rapportés par l'angle inférieur de chaque bord labial, lambeaux qu'il taille et affronte à son gré, il comble la petite dépression dont nous avons parlé, et peut même constituer un lobule médian à la lèvre supérieure, lorsque, par hasard, la division se trouve située au milieu de la lèvre.

Il n'est pas besoin d'insister plus longuement sur l'utilité de la nouvelle méthode opératoire de M. Malgaigne, et la description que nous en avons faite suffira pour en faire apprécier tous les avantages.

M. Malgaigne a présenté plusieurs sujets traités de cette manière, et chez lesquels il a obtenu un succès complet. Depuis la publication du travail où il donne la description de ce procédé, nous avons opéré quatre sujets de cette manière, et chez tous nous avons obtenu une réussite parfaite; un des faits que nous rappellerons a été rapporté dans le Journal de chirurgie de l'an dernier. L'opération faite ainsi a bien un petit inconvénient: c'est d'être plus longue; mais cette durée est peu considérable, et ce petit désavantage se trouve largement compensé par la beauté du résultat que l'on obtient. Nous avons cependant cru devoir adopter une légère modification dans l'exécution du mode opératoire, modification qui a été proposée par un de nos collègues des hôpitaux. M. Malgaigne rafraîchit les bords avec des ciseaux, en se plaçant derrière le malade. Nous nous servons, nous, du bistouri, ce qui a l'avantage de nous permettre de rester devant le malade; de plus, nous trouvons plus commode la manœuvre du bistouri dans cette circonstance que celle des ciseaux. Le bistouri est tenu en plume à écrire, et l'angle inférieur du bord de la division est maintenu avec une pince. Pour la réunion, nous la pratiquons comme nous venons de le dire plus haut à l'aide d'épingles maintenues par des fils; mais là n'est pas toute l'opération. Il y a des soins consécutifs à prendre, et qui sont tellement importants que leur omission peut rendre inutile tout ce que l'on a fait jusque-là.

Les soins consécutifs à l'opération varient pour les nouveau-nés et pour les sujets plus âgés.

Chez les nouveau-nés, il faut, autant que possible, éviter d'appliquer des bandages compliqués et gênants qui

les tournent lorsque les épingles sont placées. Tout au plus, pensons-nous que l'on peut se servir d'une longue bandelette de sparadrap, large d'un centimètre et demi environ, que l'on applique de cette manière. Le milieu de la bandelette est appliqué en arrière et un peu vers le sommet de la tête, sur le bonnet de l'enfant, tandis que les deux chefs en sont ramenés en avant, passent obliquement sur les joues et viennent se croiser sur la lèvre supérieure, au-dessous du nez. On a, de cette manière, un bandage solide, qui maintient l'adhésion obtenue par la suture et rapproche les joues sans fatiguer l'enfant. Le procédé ordinaire, qui consiste à appliquer sur la région parotidienne, de chaque côté, une petite pelote ramolue en avant par un bandage et soutenant les joues, fatigue beaucoup les sujets et les gêne à un très haut degré. Lorsque le bec de lièvre est simple, sans complication, dans de bonnes conditions, il est préférable de ne rien mettre de semblable, la bandelette de sparadrap elle-même, quoique de beaucoup préférable à cause de sa simplicité, peut souvent être nuisible. La peau de l'enfant est d'une finesse extrême et d'une grande sensibilité. On a vu quelquefois des érysipèles survenir par suite de l'emploi de cette bandelette, et constituer une complication fâcheuse. Lorsque l'on a fait l'opération à un enfant nouveau-né, il faut veiller attentivement sur lui. Au moindre cri, la mère ou la nourrice doit placer un doigt sur la suture, rapprocher les joues avec deux autres doigts, en les ramenant en avant, et conserver cette position jusqu'à ce que les cris aient cessé. Nous avons dit plus haut et nous n'y reviendrons que pour mémoire, que pendant quelques jours, on doit se garder de faire têter l'enfant et se contenter de lui faire couler dans la bouche de l'eau sucrée, blanchie avec quelques gouttes de lait. On évitera l'emploi du biberon, ou du moins l'on ne se servira que de biberon en métal, à col coupé en bec de flûte, afin que l'enfant ne puisse pas exécuter de mouvements de succion.

On ne devra enlever les épingles que vers le troisième jour. Peut-être quelques-uns fera-t-on bien d'en laisser une jusqu'à quatrième jour; mais il faut surveiller la plaie et prendre garde de laisser couper les tissus par les épingles. Pour rendre plus difficile, du reste, la section de la lèvre par les épingles, le chirurgien devra toujours enfoncez ces épingles plutôt plus que moins, et saisir plutôt une trop grande épaisseur de la lèvre qu'une trop faible étendue. Nous ne craignons jamais de nous trop rapprocher de la face postérieure ou buccale de la lèvre, et nous avons toujours la crainte de nous trouver trop près de la face antérieure. D'ailleurs, cette précaution d'embrasser une grande épaisseur de la lèvre favorise la réunion de la plaie tant en arrière qu'en avant, et rend la cicatrice plus résistante. On devra cependant employer les bandelettes; si, après deux ou trois jours, on s'aperçoit que, chez le nouveau-né, la réunion ne s'opère pas complètement.

Chez les sujets qui ont passé la première période de l'enfance et atteint l'âge de huit ou dix ans, nous ne redoutons point, comme chez le nouveau-né, l'emploi des bandages contentifs et des pelotes. Nous employons la suture ordinaire et le bandage de J.-L. Petit. Cependant lorsque l'écartement n'est pas très considérable, nous nous bornons à la suture sans bandage contentif. M. Malgaigne agit souvent de la même manière, et dit s'en être souvent applaudi.

Restent les enfants de deux à trois ou quatre ans. Nous avons observé qu'en général on a moins de succès à cette période de la vie qu'aux deux époques extrêmes de l'enfance dont nous avons parlé. Nous en avons déjà donné les motifs. L'enfant est plus fort, ses muscles se contractent plus fortement, il crie à l'approche du chirurgien, et dès que l'on veut examiner son appareil. Il crie pour tout et presque continuellement. Les précautions à prendre sont les mêmes que celles que l'on met en usage pour les autres âges; mais nous conseillons cependant de mettre de chaque côté la pelote et la bande à deux globes dont nous rejetons l'emploi chez le nouveau-né.

L'enfant que nous allons opérer est un enfant de trois ans. Chez lui, ce qui nous a décidé à opérer maintenant plutôt que d'attendre, c'est que la solution de continuité est peu considérable, que l'opération ne sera point difficile ni longue. Pour le bec-de-lièvre, comme pour toutes les opérations, il est quelques précautions préliminaires à prendre, comme de s'enquérir si l'enfant a été vacciné, s'il a eu la rougeole et la scarlatine, etc. Il faut examiner leurs divers appareils: si l'enfant toussait, s'il a un rhume, même un simple coïza, il faudra remettre l'opération, car les secousses de la toux pourraient très bien nuire à la réunion ou favoriser la rupture de la cicatrice.

Huit jours après l'opération (le 15 mai) l'enfant a été présenté de nouveau par M. Guersant aux personnes qui suivent sa clinique, dans un état de guérison parfaite. Le résultat obtenu en ce qui ne peut plus satisfaire.

Le lendemain de la leçon que nous avons publiée dans le numéro du 13 de ce mois, le professeur a présenté également un enfant de cinq mois, opéré du bec-de-lièvre simple dix jours après sa naissance, par le procédé de M. Malgaigne, et chez lequel l'opération a été couronnée d'un plein succès.

Nous ne terminerons pas enfin sans dire que depuis l'opération dont nous venons de rendre compte, M. Guersant a opéré, par le même procédé, un enfant de huit jours, affecté d'un bec-de-lièvre très compliqué. Nous croyons en avoir assez dit ici sur cette difformité et son traitement, pour nous dispenser d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Note sur un monstre hyperencéphale.—L'enfant qui présentait cette monstruosité était du sexe féminin, il a été observé par M. le docteur Belhomme. C'est, suivant M. Serres, un nouvel exemple de hernie du cerveau; peut-être vaudrait-il mieux réserver ce terme pour le cas où le cerveau s'échappe en effet de la boîte osseuse du crâne et vient faire saillie à l'extérieur; mais dans cette circonstance, les os du crâne s'étant arrêtés dans leur développement, on ne saurait dire que le cerveau fut sorti du crâne, aussi croyons-nous qu'on doit s'en tenir à la dénomination de Geoffroy-Saint-Hilaire, qui désigne seulement la position du cerveau. Voici les principaux caractères présentés par cet hyperencéphale d'après la note communiquée par M. Serres. L'enfant, d'une forte constitution, est né d'une mère bien conformée et d'une constitution nerveuse. La tête représente une masse informe, le crâne n'existe pas, les os pariétaux, le coronal et une portion de l'occipital manquent et à leur place s'élève une tumeur qui paraît renfermer le cerveau. Cette tumeur est constituée par une membrane d'un aspect fibreux et d'une couleur lie de vin; au côté gauche de cette masse, qui a 0^m,24 de circonférence, s'aperçoit une seconde tumeur qui paraît renfermer de la matière cérébrale appartenant au lobe postérieur, elle a une couleur blanche nacrée. En arrière de ces tumeurs on aperçoit la nuque parfaitement formée, aplatie, ossense et qui doit contenir le cervelet, la protubérance annulaire et la portion bulbeuse de la moelle allongée.

En avant et au-dessous de la tumeur on voit un rudiment de la face; la mâchoire supérieure est très-imparfaitement développée; la voûte palatine est fendue ainsi que le voile du palais; le nez est fendu, aplati, dévié à droite et plus développé de ce côté; à gauche il n'y a qu'un rudiment très mince de cette portion du nez; à la place de la voûte palatine, on rencontre une portion membraneuse qui est adhérente d'une part aux os et de l'autre à la portion supérieure de la tumeur cérébrale; la bouche est complète excepté la lèvre supérieure, qui manque et offre un bec-de-lièvre fort large. La langue existe dans son intégrité; la mâchoire inférieure est développée normalement et ses mouvements sont très réguliers; les orbites manquent en partie, surtout à droite, les yeux existent à peine, les globes oculaires sont atrophiés, l'œil gauche est seul visible.

Le reste du corps est parfaitement conformé, les fonctions s'exécutent avec calme, les mouvements et la sensibilité subsistent, la respiration et la circulation sont normales, la chaleur est égale dans toutes les parties du corps, et l'enfant, qui paraît éprouver la sensation de la faim, fait des efforts de succion quand on lui met le doigt dans la bouche.

Cet enfant a vécu huit jours, les deux premiers dans une santé parfaite; mais dès le troisième le cerveau s'enflamma, et bientôt parurent tous les signes d'une encéphalite qui mit fin à cette triste existence.

L'autopsie permit de reconnaître les pariétaux et le coronal imparfaitement développés, ainsi que la partie prorale de l'occipital; et des vestiges rudimentaires de la portion écailleuse du temporal et de l'extrémité des grandes ailes du sphénoïde.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les vaisseaux et les nerfs étaient développés en proportion des parties auxquelles ils se rendent; ainsi la carotide interne avait son volume normal, car le cerveau était développé, tandis que les branches terminales de l'externe étaient atrophiées ou manquaient complètement, le nerf optique n'existait que du côté où se trouvait l'œil, etc.

À la surface de la tumeur qui renfermait les hémisphères cérébraux on remarquait un prolongement de la peau du col qui s'étendait sur la tumeur en s'amincissant. Il est vraisemblable, dit M. Serres, que cette adhérence insolite contractée à l'époque qui précède la formation des os crâniens, a maintenu l'encéphale dans sa position primitive et porté obstacle au développement ultérieur des os qui devaient le recouvrir.

L'arrêt de développement qui forme en quelque sorte l'essence de l'hyperencéphalie, paraissait se lier chez ce monstre à une cause traumatique, cause signalée dans des cas analogues par Meckel, Geoffroy Saint-Hilaire et M. Serres.

M. Roux a communiqué un autre cas du même genre observé par M. le docteur Raynaud, de Montpellier; ici la monstruosité était beaucoup moins marquée, et l'on pouvait à plus juste titre lui donner, ainsi que l'a fait M. Roux, le nom de hernie du cerveau. En effet les lobes antérieurs de cet organe faisaient saillie sous les téguments à travers une ouverture ovale des parois du crâne qui occupait le milieu et le bas de la région frontale. Placée immédiatement au-dessus de la racine du nez entre les deux yeux sensiblement déviés cet encéphalocèle était à peu près cylindrique, faisait une saillie de 0^m,04 environ et avait 0,02 seulement d'épaisseur à sa base. L'enfant a vécu six semaines et a succombé à une inflammation des méninges et du cerveau dans la partie qui concourait à former la tumeur.

Sur les globules du sang.—Dans une lettre adressée à M. Dumas, M. Bonnet, revenant sur un mémoire lu par l'illustre académicien à la séance du 1^{er} juin, cite, à l'appui des faits signalés par M. Dumas, ceux que ses propres recherches lui avaient fait découvrir dès 1842, et qui s'accordent presque en tout point avec les conclusions auxquelles M. Dumas est arrivé. Ainsi M. Bonnet a reconnu que la conversion du sang veineux en sang artériel ne peut s'accomplir que lorsque les globules sont