

latéralement par rapport au vomer. Ces dispositions, masquées par l'intégrité de la fibro-muqueuse, échapperaient facilement si l'on n'était prévenu de leur possibilité. Il peut arriver que le voile lui-même très aminci, soit réduit en son milieu à une membrane transparente (Roux) (1). Ces deux sortes de défauts donnent lieu à du nasonnement, comme la brièveté anormale de la voûte vélo-palatine (2).

L'amincissement des moitiés du voile divisé est un fait constant. On s'en rend bien compte lorsqu'on a eu l'occasion de fendre un voile normal pour l'ablation d'une tumeur de l'espace naso-pharyngien et d'en pratiquer la suture immédiatement. On a affaire alors à

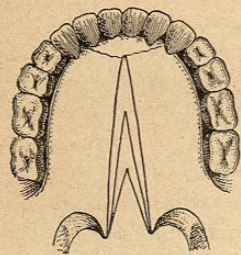


Fig. 150. — Schéma des divisions plus ou moins étendues du palais.

un organe vigoureux, doué d'une puissante contractilité, riche en tissu glandulaire, tandis que le voile fendu congénitalement a perdu de son épaisseur et de sa force de contraction, en proportion de l'étendue de la fente sur le voile lui-même et sur le palais osseux. Des dissections trop rares ont montré, paraît-il, que les muscles étaient atrophiés, mais conservés, sauf les palato-staphylins dont on a constaté l'absence.

Dans les cas habituels de fente vélo-palatine, on voit celle-ci se prolonger plus ou moins en avant vers l'arcade alvéolaire. Elle a la forme d'un triangle très allongé, à sommet aigu dirigé vers l'arcade, à base virtuelle tournée en arrière (fig. 150). Les bords, étendus obliquement en dehors et en arrière, sont terminés par les deux moitiés de la lèvre.

Tant que la fissure n'atteint pas ou plutôt ne dépasse pas le trou palatin antérieur, elle semble unique. L'est-elle en réalité? Pour résoudre cette question, il faut revenir à l'examen du mode de constitution de la difformité, et surtout le déduire rigoureusement du mode de développement du palais et de la cloison des fosses nasales. Du point d'ossification inférieur ou palatin du maxillaire supérieur naissent les apophyses palatines de cet os. Du point d'ossification unique, situé à l'angle des portions verticale et horizontale des os palatins, émanent les apophyses horizontales qui complètent en arrière la voûte palatine osseuse.

Le vomer se développe aux dépens de deux points d'ossification, l'un droit et l'autre gauche, qui prennent, vers le cinquième ou le sixième mois, la forme de deux lamelles juxtaposées, verticales. « Elles s'unissent très rapidement par la partie moyenne de leur bord inférieur et forment alors une gouttière de 4 à 5 millimètres, ouverte en arrière et en avant. La fusion continuant à s'opérer, la gouttière ne tarde pas

(1) Trélat a vu une perforation spontanée survenir sur un malade.

(2) LERMOYER, Insuffisance vélo-palatine (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, mars 1892).

à se compléter, et en même temps son bord inférieur s'élargit. Une fois constituée, celle-ci s'allonge de plus en plus, tandis que ses bords s'élèvent. Elle se prolonge ainsi, d'une part, jusqu'au conduit palatin antérieur et jusqu'à l'épine nasale postérieure, de l'autre, jusqu'à la crête du sphénoïde où ses bords s'écartent pour s'incliner en dehors (1). » La séparation des fosses nasales est complétée en avant et en haut par le cartilage de la cloison, dont un prolongement persiste chez l'adulte entre les deux lames du vomer; un très petit cartilage indépendant s'insère directement sur l'épine nasale antérieure des maxillaires supérieurs, par un bord de quelques millimètres.

Ceci étant établi, je reprends la question posée plus haut. La fissure palatine, qui ne dépasse pas en avant le trou palatin antérieur, est-elle réellement unique? N'y a-t-il pas des cas où elle serait double? La manière d'envisager les choses dépend des rapports du vomer avec la fente. Or ces rapports

sont très variables. Dans le cas le plus simple, la cloison des fosses nasales existe dans toute sa longueur et se continue avec l'un des maxillaires supérieurs, en se déviant obliquement vers son apophyse palatine (fig. 151). La fissure

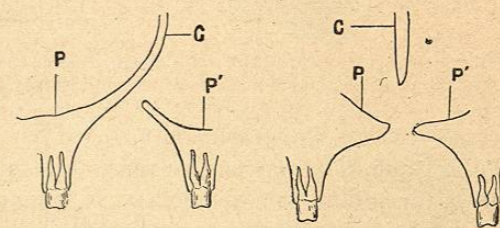


Fig. 151 et 152. — Schéma des fissures latérales et médianes. — C, cloison des fosses nasales. — PP', moitiés de la voûte palatine.

est donc située sur l'un des côtés de la cloison; elle est en réalité latérale. Dans un autre cas, la cloison manque en partie, ou du moins elle n'est plus en continuité dans toute sa longueur avec l'un des maxillaires supérieurs, et ce qui en reste, frappé d'atrophie, ne sépare plus les fosses nasales que dans leur partie supérieure. Celles-ci sont confondues dans leur partie inférieure, et le rudiment de cloison forme entre elles une sorte d'éperon. Enfin, dans un troisième cas, nulle part la cloison n'est en continuité avec l'un des maxillaires. Elle descend quelquefois presque jusqu'au niveau de leurs lames palatines, ou bien elle remonte en quelque sorte vers la partie supérieure des fosses nasales, et celles-ci communiquent largement entre elles d'un côté à l'autre (fig. 152). Alors la malformation se présente sous l'aspect d'une large fente antéro-postérieure, médiane, symétrique, au-dessus de laquelle la cloison, plus ou moins développée, constitue un long éperon antéro-postérieur. Par opposition au premier cas envisagé, doit-on dire, dans celui-ci, que la fissure est bilatérale? Je ne le pense pas. En effet,

(1) SAPPÉY, *Traité d'anatom. descr.*, 4^e édit. Paris, 1888, t. I, p. 236.

la voûte palatine est constituée essentiellement par deux apophyses qui vont à la rencontre l'une de l'autre et se réunissent par une seule suture. Là où manque une suture *unique*, il ne saurait y avoir une fissure *bilatérale*. La fissure est unique et elle est en apparence séparée en deux par la cloison des fosses nasales ; mais, quels que soient ses rapports avec la cloison, elle ne peut jamais être qu'*unique* au point de vue ostéogénique. Son type s'éloigne seulement de celui du pre-

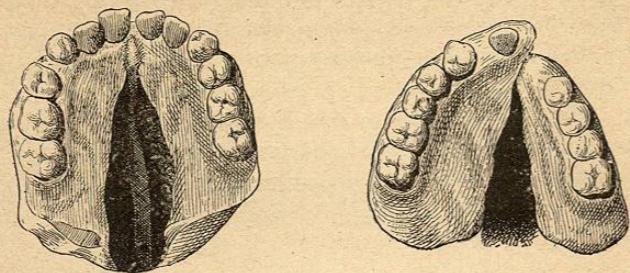


Fig. 153 et 154. — Moulage d'une fissure médiane et d'une fissure latérale avec portion antérieure presque réunie spontanément.

mier cas en ce qu'elle est *médiane* au lieu d'être *latérale* (fig. 153 et 154).

J'ai dit que, dans les cas moyens, ou les plus habituels, la fissure avait la forme d'un triangle allongé, à sommet aigu tourné en avant. L'intervalle des bords va s'agrandissant d'avant en arrière. Au niveau des tubérosités postérieures des maxillaires, il est souvent d'un centimètre et demi, quelquefois plus grand encore. En pareille circonstance

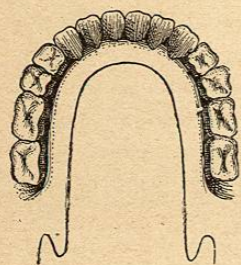


Fig. 155. — Fissure palatine de forme parabolique (cas personnel).

le défaut de développement des apophyses palatines est encore plus accentué, et la largeur de leur revêtement muqueux jusqu'au bord alvéolaire diminue proportionnellement. Dans les cas extrêmes l'étréoussure de la bande ostéomuqueuse est telle qu'elle ne mesure plus que quelques millimètres. En même temps l'angle antérieur de la fissure s'émousse, s'arrondit en ogive plus ou moins ouverte et peut même prendre la forme d'un arc de cercle régulier. J'ai vu cette disposition à un degré remarquable, sur une jeune fille ; elle rendait impossible toute tentative d'intervention (fig. 155). Une malade, que mon collègue M. Routier a bien voulu me montrer, la présentait également ; mais chez elle il restait assez d'étoffe de chaque côté de la fente pour que l'opération ne fût pas contre-indiquée. Elle a pu être pratiquée avec succès.

Dans les cas inopérables ou voisins de l'inopérabilité, le voile du palais est réduit à deux petits tronçons encore contractiles, mais d'une minceur extrême, rétractés vers les loges amygdaliennes. Je répète que

des malformations aussi accentuées se montrent parfois indépendantes de toute difformité du côté de l'os intermaxillaire, du bord alvéolaire antérieur et des lèvres.

Suivant que telle ou telle des dispositions étudiées à l'instant existe, l'aspect et la forme de la voûte palatine offrent des différences considérables. Si la fissure est latérale sur toute sa longueur, on aperçoit d'un côté le bord de l'apophyse palatine plus ou moins épais ; de l'autre, la cloison des fosses nasales, déviée en bas et en dehors, peut se continuer avec l'apophyse palatine de l'autre maxillaire. Gratiolet a déjà signalé il y a longtemps la manière dont s'établit cette continuité. La lame du vomer du côté de la fissure reste verticale, tandis que l'autre descend plus bas, se dévie en bas et en dehors et va à la rencontre du bord maxillaire ; de sorte que, dans sa moitié intacte, la voûte palatine est constituée, en dehors par l'apophyse palatine du maxillaire, et en dedans par la lame du vomer. Une suture très nette est la preuve de cette disposition.

Il arrive fréquemment en pareil cas que la moitié intacte de la voûte palatine est redressée presque verticalement, du moins dans sa partie la plus interne, de sorte qu'il y a entre elle et la cloison conti-

nuité, non seulement de tissu, *mais aussi de direction* ; la cloison est, en effet, en même temps, plus ou moins attirée en dehors. Elle devient parfois très oblique. Cette disposition est habituellement accompagnée d'une étroitesse marquée de l'ensemble du palais ; la ligne bimolaire (réunissant les deux dernières molaires) est relativement raccourcie. La forme ogivale de la voûte est quelquefois très accentuée

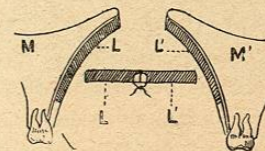


Fig. 156. — MM', os maxillaires. — LL' lambeaux avant leur séparation. — LL', lambeaux en place et suturés.

jusqu'en avant, derrière l'arcade alvéolaire. Si cette forme rend les opérations plus délicates, elle en favorise le succès pour une raison facile à comprendre. Les surfaces sont en réalité plus étendues qu'elles ne le paraissent et fournissent des lambeaux qui, une fois abaissés vers la bouche et suturés horizontalement, *représentent les projections horizontales des plans dont ils ont été détachés* (fig. 156).

2° **Fissures palatines combinées avec le bec-de-lièvre osseux.** — La prolongation de la division palatine au delà du trou palatin antérieur donne naissance aux fissures osseuses complètes, simples ou doubles en avant. Les premières s'inclinent latéralement et séparent l'os incisif de l'un des maxillaires supérieurs ; les secondes isolent l'os incisif des deux côtés (fig. 157 et 158). Celui-ci, plus ou moins normalement constitué, manque quelquefois entièrement. La lèvre supérieure n'est plus représentée que par un petit tubercule de parties molles appendu à la cloison nasale. La difformité est horrible ; c'est le degré le plus accentué de la *gueule-de-loup*. A des degrés inférieurs,

celle-ci est représentée par une large division palatine bifurquée en avant et par un lobule médian ostéo-cutané dont il importe de



Fig. 157. — Bec-de-lièvre double compliqué de fissure complète du palais (sujet opéré par M. Le Dentu, dont il sera question plus loin).



Fig. 158. — Le même bec-de-lièvre vu de profil.

bien indiquer les variétés d'aspect, de forme et de constitution. Au premier degré, le lobule osseux dépasse déjà notablement en

avant le niveau des deux maxillaires ; il se rattache à la cloison par un pédicule épais. Recouvert d'une muqueuse tendue, lisse, d'un rose blanc, il renferme ordinairement les germes de deux à quatre dents dont l'évolution est habituellement très irrégulière, au point de vue du nombre, de la position et de la date d'apparition. Sous la cloison nasale, un peu projetée en avant, quoique la longueur du vomer ne soit pas exagérée, se voit un lobule cutané de dimensions variables, à muqueuse éversée.



Fig. 159. — Saillie de l'os intermaxillaire ; insertion du lobule médian de la lèvre au bout du nez. Lobule cutané relevé en avant (d'après Guersant).



Fig. 160. — Bec-de-lièvre double avec lobule incisif saillant, et compliqué d'une énorme division palatine (gueule-de-loup, cas personnel).

Dans les cas les plus accentués, le lobule ostéo-muqueux s'avance très en avant sous la sous-cloison qui manque totalement ou en partie, et le lobule cutané, très réduit, est appendu au bout du nez. (fig. 159 et 160). La face est élargie dans son ensemble ; la lèvre inférieure se retourne sur elle-même et, par contraste avec les portions de lèvre supérieure mal développées, paraît exubérante.

D. — CONSÉQUENCES DES MALFORMATIONS FACIALES.

Les malformations faciales entraînent des conséquences d'ordre pathologique et d'ordre physiologique.

1° **Influence sur l'état général.** — Il est bon de placer en tête de ce paragraphe cette affirmation que les enfants naissant avec l'une des principales difformités décrites plus haut sont originairement frappés de débilité. Ils portent cette tare en venant au monde et ne s'en affranchissent que peu à peu, à mesure que leur constitution se raffermirait ; ou bien ils ne s'en affranchissent pas, et ils succombent en grand nombre pendant les deux ou trois premières années de leur vie.

Qu'on le sache donc bien et qu'on ne le perde pas de vue. Les becs-de-lièvre compliqués de malformations osseuses à divers degrés impliquent une faiblesse congénitale avec laquelle il faut grandement compter, dès qu'il s'agit de décider de l'opportunité d'une opération. Cette faiblesse n'est pas occasionnée par les difficultés mécaniques de l'allaitement; celles-ci peuvent être ordinairement surmontées. Je ne crois donc pas qu'on soit autorisé, je le dis par anticipation, à en tirer un argument en faveur des opérations précoces de bec-de-lièvre compliqués et d'urano-staphylorrhaphie.

Cette débilité congénitale se traduit par l'insuffisance de poids du fœtus à la naissance, par la lenteur de son développement, par la tendance à la diarrhée, par le défaut de digestion du lait, par de la diarrhée intermittente, par la fréquence des bronchites et des congestions pulmonaires due peut-être à la large béance des fosses nasales, peut-être aussi aux multiplications microbiennes plus faciles chez un être doué d'une moindre résistance. Tout cela est connu depuis longtemps, mais un peu trop laissé dans l'ombre par certains chirurgiens, ou interprété d'une façon qui me semble erronée.

2° **Troubles physiologiques locaux.** — Les troubles physiologiques locaux se rattachent à la défectuosité partielle des appareils de la déglutition, de la respiration et de la phonation. Le bec-de-lièvre unilatéral simple n'empêche pas toujours la succion; l'enfant parvient assez souvent à rapprocher les deux bords de sa fissure et à les appliquer fortement sur le maxillaire. Les difficultés commencent avec le bec-de-lièvre bilatéral simple et elles augmentent encore avec les fissures osseuses, mais surtout au point de vue de la succion, car la déglutition s'accomplit passablement lorsque les liquides sont portés jusque dans le pharynx. Il en reflue une partie dans les fosses nasales, pendant la déglutition volontaire, même lorsque la perte de substance se réduit à une petite fente postérieure. Ceci est vrai également pour les simples perforations accidentelles du palais osseux et du voile. Les aliments solides franchissent plus aisément l'isthme du gosier.

La communication des fosses nasales avec la bouche, l'ouverture trop large des narines et l'interruption de l'orbe régulier des lèvres modifient les conditions de la respiration, en laissant pénétrer en trop grande quantité, dans l'arrière-bouche, de l'air trop froid, en desséchant les muqueuses nasale et buccale, en provoquant un coryza chronique d'où résulte la diminution de finesse de l'odorat et du goût. Certains sujets ont du catarrhe de la trompe d'Eustache et deviennent sourds.

Les troubles de la phonation sont une conséquence inévitable des malformations alvéolo-palatines et vélo-palatines. Toute communication, si petite qu'elle soit, entre les fosses nasales et la bouche, les détermine fatalement. Ils se réduisent parfois à un sifflement

occasionné par le passage de l'air à travers une très petite solution de continuité; mais, habituellement, ils sont beaucoup plus notables et prennent le caractère d'un nasonnement plus ou moins accentué, combiné avec des défectuosités constantes dans l'articulation de certains sons. Ces troubles sont donc essentiellement complexes, comme la phonation elle-même, dont l'appareil supérieur se trouve profondément modifié. On ne peut bien s'en rendre compte que si l'on connaît les conditions de formation du son et d'émission de la voix parlée ou chantée.

Je puis laisser de côté tout ce qui concerne le rôle des muscles respirateurs et du larynx, pour ne m'occuper que de ce qui est relatif à l'articulation des sons. Les ondes sonores, après s'être échappées du larynx, sont projetées au dehors par l'intermédiaire du tuyau vocal formé par le pharynx, l'arrière-cavité des fosses nasales, la bouche et les fosses nasales. Le voile du palais se relève plus ou moins, et une quantité plus ou moins considérable du son émis s'engage dans la bouche ou dans les fosses nasales, suivant qu'il s'agit de prononcer et d'articuler telle ou telle syllabe. Plus l'occlusion de la bouche, soit en arrière, soit du côté du palais osseux, est nécessaire, plus la prononciation est défectueuse chez les sujets atteints de malformations du palais. De plus, l'articulation des consonnes met en jeu toutes les parties contractiles de la cavité buccale, langue, joues, lèvres. Dans le langage normal, ces organes exercent leur action sur une quantité déterminée d'air que l'élévation du voile a obligée de s'engager dans la bouche. Les perforations et divisions de la voûte (voile et palais osseux), vicent l'émission en permettant à une certaine quantité de l'air destiné à la bouche de passer dans les fosses nasales. De là la voie nasonnée propre aux individus atteints de ces difformités.

On peut supposer que certaines défectuosités des fosses nasales elles-mêmes, en corrélation avec l'arrêt de développement qui a causé la fissure, ne sont pas étrangères à cette particularité. Les cornets et les choanes ne doivent posséder ni leur forme ni leurs dimensions normales. La caisse résonnante étant modifiée, le son qui s'y engage doit l'être aussi, et il se peut que dans les changements de conformation des fosses nasales résident en partie la cause du nasonnement et la difficulté qu'on rencontre à le corriger. Cette remarque doit s'appliquer spécialement aux individus qui ont du nasonnement, sans être atteints d'une malformation apparente. On a vu qu'un examen attentif peut révéler chez eux une cicatrice du palais ou du voile, ou simplement un défaut de substance osseuse dans certains points du palais. Il y aurait un grand intérêt à résoudre par des dissections ce point d'anatomie; mais je crois que personne jusqu'ici ne s'y est sérieusement attaché. A vrai dire, le problème est tellement complexe et les examens anatomiques

sont si rares que tout ou presque tout reste à faire dans cette voie.

On s'est occupé surtout de déterminer les voyelles, consonnes et diphtongues que les malformations bucco-nasales rendent les plus difficiles à prononcer. Depuis le son *ou* jusqu'au son *i*, en passant par *u*, *o*, *a*, *e*, la longueur ou le diamètre antéro-postérieur du tuyau vocal se raccourcit graduellement, tandis que son diamètre transversal s'accroît. Les dernières de ces voyelles, *a*, *e*, *i*, qui exigent le plus de fermeture de la bouche en arrière et le plus grand rapprochement de la langue et du palais, sont les plus mal prononcées. En revanche les syllabes naturellement nasonnées à des degrés variables, *an*, *in*, *on*, *un*, se confondent dans une résonance nasale presque unique.

Parmi les consonnes, il y en a de spécialement difficiles à articuler. Les consonnes soutenues ou sifflantes *s*, *ch*, *f*, *v*, *z*, *j*, *l*, le *th* anglais, laissent souvent beaucoup à désirer, surtout à la fin des mots. Les nasales *m* et *n* ont leur sonorité normale, mais l'*n* se confond avec l'*m*. Parmi les consonnes non soutenues ou explosives, le *b* et le *p*, le *d* et le *t* ne se distinguent guère l'un de l'autre; le *c* dur, le *k*, le *q*, ne sont articulés qu'à moitié, le *g* dur ne l'est pas du tout, même chez les sujets dont les efforts personnels ou une éducation spéciale ont partiellement redressé la prononciation.

D'ailleurs, pour l'une de ces raisons ou sans raison apparente, on constate suivant les individus des différences frappantes. Il en est qui se font assez bien comprendre et qui compensent le timbre nasonné de leur voix par une netteté d'articulation surprenante. Ils offrent, réduits à leur minimum, les vices de prononciation qui, chez beaucoup d'autres, rendent le langage incompréhensible, ou peu s'en faut. Chose curieuse, les déficiences de l'articulation sont loin d'être toujours en rapport avec le degré de la malformation. Ce rapport, exact pour les grands cas, cesse de l'être pour les cas moyens. Le pronostic des opérations restauratrices, au point de vue phonétique, peut prendre pour base, sans risque de beaucoup s'égarer, le plus ou moins d'imperfection de la parole avant l'intervention. Cependant l'éducation phonétique post-opératoire peut donner des succès là où certains vices de prononciation sont le résultat de mauvaises habitudes prises depuis l'enfance, plus encore que de particularités anatomiques spécialement défectueuses.

E. — TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE ET DES MALFORMATIONS PALATINES.

La plupart des difformités congénitales précédentes sont justiciables de la chirurgie. Avant de décrire le manuel opératoire des opérations par lesquelles on peut les corriger, il y a lieu d'aborder deux questions d'une très grande importance: 1° Existe-t-il des exemples authentiques de guérison spontanée des fentes labiales et palatines? 2° Quel

est l'âge le plus favorable pour les opérations dirigées contre les unes et les autres?

1° **Les guérisons spontanées.** — Quelques enfants naissent avec une sorte de cicatrice ayant exactement le même siège que les béc-de-lièvre et que les divisions du palais. A la lèvre, on voit une encoche du bord muqueux surmontée d'une ligne cicatricielle qui court de bas en haut vers le bord inférieur de la narine, à quelques millimètres en dehors de la ligne médiane. Le long de cette ligne, la lèvre est plus mince et parfois même translucide. La narine est ordinairement plus étroite et l'aile du nez plus courte (Rennes, Dieu-donné, Lannelongue). Verneuil a observé sur un même fœtus une cicatrice à la lèvre supérieure en même temps qu'une division de la lèvre inférieure. Il se peut encore que la lèvre supérieure porte d'un côté une cicatrice surmontant une encoche, et de l'autre un bec-de-lièvre ordinaire. Des particularités du même genre ont été constatées au niveau de toutes les fentes embryonnaires.

On a constaté des traces de cicatrisation sur l'arcade alvéolaire et le palais osseux coexistant avec une division du voile et une cicatrice labiale.

Il a été question plus haut des cas de développement incomplet de la voûte palatine osseuse et du voile, se révélant par le défaut de la substance osseuse dans une certaine étendue, et par la minceur du voile, spécialement à sa partie moyenne. Chez ces sujets, la voûte et le voile peuvent offrir un aspect cicatriciel dans les parties anormales.

Dans un cas resté unique, rapporté par Trélat, la partie amincie du voile se serait perforée d'elle-même. Quoique cette affirmation, formulée avec beaucoup de réserve, n'ait d'autre garantie que les renseignements fournis par le sujet lui-même, je ne crois pas que cette singularité puisse être déclarée inadmissible.

Déjà curieux, ces faits le sont moins que les guérisons spontanées de fissures constatées quelque temps et même longtemps après la naissance. Desault, Gérard, Wagner, Busch, Passavant, Langenbeck ont signalé l'occlusion totale ou partielle de fentes du palais osseux et même du voile, consécutive à l'opération du bec-de-lièvre. J'ai observé ce fait deux fois très nettement (réunion partielle en avant). Il est à noter que cette heureuse influence de l'opération du bec-de-lièvre s'est manifestée sur certains sujets opérés tardivement (à vingt-quatre ans dans un des cas de Busch). La même occlusion spontanée a été vue, même sur des sujets n'ayant pas subi l'opération du bec-de-lièvre, par Passavant et par Trélat.

Dire qu'il y a alors *guérison spontanée*, c'est exprimer un fait, mais ce n'est pas l'interpréter. C'est presque lui donner une fausse interprétation. J'y vois simplement la continuation, au delà de la naissance, de la tendance à la soudure propre à tous les bourgeons

embryonnaires. Si cette tendance s'est épuisée avant qu'il y ait contact des bords, la fente congénitale reste définitive; si elle s'est épuisée alors qu'il y avait commencement de soudure, la pseudo-cicatrice labiale ou palatine est l'indice d'un travail auquel il a manqué peu de chose pour se parfaire. Enfin, si la marche des bourgeons les uns vers les autres n'est que ralentie et non épuisée, l'évolution physiologique, habituellement tout intra-utérine, peut exceptionnellement se poursuivre quelques jours, plusieurs semaines et même plusieurs années après la naissance. On ne peut pas dire alors qu'il y ait eu guérison d'une lésion ayant présenté les caractères d'une malformation définitive. Celle-ci représentait un état transitoire dans le développement de la face, qu'un processus physiologique a fait tardivement disparaître.

2° **L'âge opportun pour les interventions.** — Cette question doit être résolue séparément pour le bec-de-lièvre et pour les divisions palatines; mais les considérations qui me guideront seront à peu près du même ordre pour les deux catégories de faits.

Malheureusement, dans plusieurs des statistiques publiées jusqu'à ce jour, les conclusions sont tirées de cas très différents les uns des autres. Le problème est, il faut le reconnaître, des plus complexes. Dans l'appréciation des résultats, il faut tenir compte de la mortalité normale des enfants en bas âge, de la débilité congénitale de ceux qui sont atteints de difformités de la face, et de l'importance de l'opération subie. Admettons que la mortalité normale des trois premiers mois soit suffisamment connue, comment établir le coefficient de la mortalité par la débilité congénitale? Les partisans des opérations hâtives tirent de cette débilité un argument spécieux. Elle serait occasionnée par la difformité elle-même. Supprimer cette dernière, c'est placer les enfants dans des conditions favorables pour lutter contre les causes de mort résultant de leur faiblesse native. S'ils meurent, c'est que cette dernière était trop profonde; alors ce n'est pas à l'opération qu'il faut attribuer la mort, mais bien à la tare congénitale. (J. Wolff, Trendelenburg, etc.)

Les adversaires des opérations hâtives tiennent de leur côté ce langage: les difficultés d'alimentation résultant des difformités ne peuvent à elles seules fournir la raison des morts nombreuses et précoces chez les enfants qui en sont atteints. Aussi ne voit-on pas très bien comment l'opération peut faire cesser la débilité si celle-ci n'est pas due à une alimentation défectueuse. Elle crée par elle-même certains dangers directs, immédiats, tels que l'hémorragie; elle en crée aussi d'indirects dont il ne faut pas chercher à la décharger quand même; tels sont l'inappétence, la diarrhée, la broncho-pneumonie, conséquences de l'infection buccale, ou simplement du *shock* qui prédispose les très jeunes enfants à ces accidents auxquels sont exposés même ceux qu'une difformité ne met pas dans un état

d'infériorité organique. On lui attribue aussi un état d'anémie persistante dont les effets pernicioeux sont parfois difficiles à démêler de ceux de la débilité congénitale, et qui cause la mort de beaucoup des petits opérés dans un laps de temps plus ou moins long. Sur dix très jeunes sujets à qui Ehrmann avait fait l'uranoplastie pendant la période comprise entre la naissance et l'âge de deux ans, neuf avaient succombé avant quatre ans à des affections intercurrentes qui avaient eu facilement prise sur leur organisme débilité (variole, pneumonie, méningite tuberculeuse, diarrhée cholériforme).

Si l'on voyait toujours les accidents se déclarer sur des sujets notoirement débiles, et s'il était absolument certain que l'opération relève les forces de ceux qui y résistent, la cause des interventions précoces serait gagnée; mais il arrive malheureusement que des enfants robustes succombent à l'opération d'un bec-de-lièvre compliqué, et, d'autre part, s'il paraît à peu près démontré que certains enfants à constitution faible bénéficient de l'intervention au point de vue de leur état général, il resterait à prouver que leur nombre est supérieur à celui des sujets débiles qui meurent directement ou indirectement de l'opération. Quelques chiffres tirés de statistiques importantes donneront une forme plus concrète à ces considérations.

Commençons par ce qui concerne le *bec-de-lièvre*. Malgré son ancienneté relative, la statistique de Périat n'est pas dénuée d'intérêt. Cet auteur a relevé les résultats de l'opération du bec-de-lièvre sur quatre catégories d'opérés, groupés selon leur âge:

Sur 50 opérations faites dans les douze premiers jours: 41 guérisons, 6 insuccès, 3 morts, soit 6 p. 100.

Sur 44 opérations du deuxième au quinzième mois: 37 succès immédiats, 2 réunions secondaires, 4 insuccès, 1 mort: 2,27 p. 100.

Sur 26 opérations entre deux et six ans: 20 succès immédiats, 2 réunions secondaires, 3 insuccès, 1 mort, soit 3,84 p. 100.

Enfin sur 49 opérations entre six et trente ans: 49 guérisons.

Les statistiques de Fritzsche (225 cas) et de Hoffa présentent les choses sous un tout autre aspect. D'après le premier, la mortalité pendant les deux semaines consécutives à l'opération serait de 12,53 p. 100; depuis la troisième semaine jusqu'au troisième mois révolu, de 14,9 p. 100 (94 cas, 14 morts). La mortalité totale jusqu'à la fin du neuvième mois, de 21 à 22 p. 100.

Hoffa élève à 35 p. 100, pour la première année, la mortalité générale des enfants atteints de malformation de la face opérés.

« La mortalité normale des enfants de cet âge étant de 25 p. 100, on doit mettre sur le compte de l'opération du bec-de-lièvre une augmentation de 10 p. 100. » (Lannelongue.)

D'après Müller, il n'y aurait eu que six morts sur 270 becs de-lièvre opérés à la clinique de Tübingen depuis 1843 jusqu'en 1885,