

soit 2,22 p. 100; et à l'époque où il publiait cette statistique, il y avait 150 survivants. Huit cas de *bec-de-lièvre compliqué bilatéral* ont donné à eux seuls quatre décès.

Lannelongue, sur 15 opérations, a perdu deux enfants, l'un opéré au sixième jour pour un bec-de-lièvre unilatéral, l'autre plus tard pour un bec-de-lièvre bilatéral avec saillie de l'intermaxillaire (hémorragie).

Dans un article récent, A. Broca a exposé les résultats de sa pratique : sur 62 cas il y a eu 5 morts, toutes sur des enfants hospitalisés, âgés de moins de deux ans, soit environ 8 p. 100. L'influence du séjour dans un milieu nuisible s'est fait sentir très nettement dans cet ensemble de faits.

Que conclure de tous ces chiffres, de ces proportions de mortalité passablement discordantes? D'abord, que l'opération n'est pas absolument sans péril sur de très jeunes enfants. D'autre part, tous les chirurgiens ne sont-ils pas d'accord sur ce point que l'opération d'un bec-de-lièvre compliqué, sur des enfants ayant atteint deux ans, ne peut entraîner la mort que par suite de quelque maladie tout accidentelle, comme la diphtérie ou une fièvre éruptive, et n'ayant aucune connexion directe avec l'intervention? La prudence devrait donc, sinon faire rejeter l'action chirurgicale jusqu'à l'époque où tout danger semble écarté, du moins empêcher de soumettre à une épreuve redoutable de petits êtres doués d'une résistance insuffisante. Cependant, sur ce point, les chirurgiens semblent encore extrêmement partagés. Il y a pourtant une opinion moyenne qui tend à s'établir.

Je ne crois guère à l'influence favorable des opérations sur la débilité congénitale, et je considère celle-ci comme une contre-indication temporaire à toute intervention même très simple. Il n'est permis, selon moi, d'opérer dans les premiers jours de la vie que les enfants portant un *bec-de-lièvre unilatéral incomplet*, et ayant toutes les apparences de la vigueur; mais, même pour ceux-là, en dépit des résultats très bons, au point de vue de la forme, que donnent, d'après certains chirurgiens, ces opérations précoces, la meilleure période pour l'intervention est l'âge de trois, quatre ou cinq mois. La règle fondamentale est d'agir avant que la dentition commence.

Pendant cette période on peut encore s'attaquer aux becs-de-lièvre unilatéraux complets, avec ouverture large de la narine, nécessitant des débridements latéraux, mais à la condition qu'il n'y ait pas à toucher au squelette. Si l'on avait à corriger une saillie exagérée de l'os intermaxillaire, accompagnée d'une fissure plus ou moins étendue du palais, mieux vaudrait remettre l'opération jusqu'à l'âge de douze à quinze mois, en choisissant un moment où des accidents de dentition ne seraient pas à redouter. Pour les becs-de-lièvre doubles sans malformation osseuse, j'estime qu'une attente d'un an a également ses avantages, mais pour les plus compliqués (tubercule

médian saillant, division palatine étendue ou complète), il y a imprudence à agir avant l'âge de dix-huit mois à deux ans. Depuis vingt ans déjà j'ai adopté cette règle, en m'inspirant de cette idée directrice qu'un enfant ne devrait jamais mourir à la suite d'une opération de bec-de-lièvre, même très complexe.

Le chirurgien doit savoir imposer aux parents, trop pressés de supprimer une difformité qui blesse leur amour-propre, la décision que l'analyse sévère des faits lui dicte.

Les mêmes considérations sont de mise, *a fortiori*, en ce qui concerne les *divisions du palais osseux* et du voile, et leur restauration par l'*uranoplastie* et la *staphylorrhaphie*. Les chirurgiens qui croient que la débilité congénitale est en relation de cause à effet avec la difformité, préconisent naturellement les opérations précoces. D'autres s'appuient sur la nécessité de reconstituer le plus tôt possible les parties qui concourent à l'émission et à l'articulation de la voix, de manière à mieux assurer dans l'avenir l'exercice normal de la fonction phonétique. J. Wolff, Marsh, Buzenard, Annandale, Trendelenburg comptent parmi les partisans les plus déclarés de l'intervention hâtive. En admettant qu'on puisse constamment compter sur cette dernière pour atténuer ou faire cesser la faiblesse congénitale, on ne doit pas oublier que l'opération fait courir des risques à tous les sujets indistinctement, robustes ou débiles, lorsqu'elle est pratiquée à un âge très tendre, entre quelques mois et un ou deux ans. Si quelques-uns des enfants atteints de malformations profondes doivent succomber par le simple accroissement de leur faiblesse, sans avoir été opérés, cette sélection naturelle ne doit-elle pas être préférée à celle qui résulterait de l'intervention chirurgicale? Si d'un autre côté on ne perd pas de vue que l'intervention *suffisamment retardée n'est jamais mortelle*, les risques bien réels des interventions trop précoces prennent dans le parallèle une importance énorme. Il s'agit de savoir à partir de quel âge le péril de mort peut être considéré comme entièrement écarté.

Il fut un temps éloigné où des chirurgiens tels que Roux et Langenbeck s'interdisaient la staphylorrhaphie ou l'urano-staphylorrhaphie avant l'âge de seize ans. L'anesthésie et le perfectionnement du manuel opératoire ont permis d'abaisser notablement l'âge favorable pour l'intervention. Trélat était arrivé à le fixer à six ou sept ans, puis à cinq ou six ans, et son précepte a été suivi par beaucoup de chirurgiens. Outre la bénignité que le choix de ce moment assure, il est avantageux au point de vue de la correction de la parole. L'enfant de six à sept ans comprend ce qu'on lui demande, lorsqu'on entreprend son éducation phonétique; avec un enfant plus jeune, on risque de perdre son temps, à moins pourtant que l'imitation ne s'en mêle et que de lui-même le petit opéré ne cherche à reproduire les sons qu'il entend et n'essaye de régler sa prononciation sur celle des modèles

qui l'entourent. Quoique cette correction spontanée de la parole ne soit pas à mes yeux chose démontrée, j'admets que, sur des sujets robustes, on fasse l'urano-staphylorrhaphie ou la staphylorrhaphie à un âge un peu plus tendre que six à sept ans, mais je ne me risquerais pas volontiers, jusqu'à nouvel ordre, à descendre au-dessous de cinq ans, de quatre ans à la grande rigueur.

Ce qui m'arrêterait surtout, en admettant que l'intervention moyennement précoce ne comporte plus aucun risque, ce serait la crainte des *arrêts de développement de la face* qu'ont observés certains chirurgiens à la suite des opérations. Ce fait ressort manifestement de quelques moulages de Ehrmann, pris spécialement sur des enfants qui avaient été opérés dans les premières années de la vie, au-dessous de trois ou quatre ans; le distingué chirurgien de Mulhouse l'a observé aussi, quoique à un faible degré, sur des sujets opérés entre quatre et sept ou huit ans. Il a été vu, par Delore, a un degré tel qu'il en est résulté, chez un de ses opérés, une véritable difformité de la face. Sur un enfant mâle ayant subi l'urano-staphylorrhaphie à *cinq mois* et revu à dix-huit ans, l'écartement des deux grosses molaires supérieures n'était que de 0<sup>m</sup>,035 au lieu de 0<sup>m</sup>,05 (distance normale). Les incisives étaient projetées en avant, le voile du palais n'avait que 0<sup>m</sup>,02 de hauteur. La face était trop étroite à sa partie inférieure. Une autre opérée de Delore, âgée de quatre ans et demi au moment de l'intervention, avait, à l'âge de neuf ans, le palais en ogive aiguë et étroite, mais sans atrophie très apparente de la face.

Il est bien permis de voir dans ces arrêts de développement une contre-indication de quelque importance qui s'ajoute aux objections tirées des risques opératoires immédiats ou tardifs, particulièrement chez les enfants au-dessous de quatre ans.

Cependant J. Wolff, dont l'expérience en matière d'uranoplastie est fort étendue, puisqu'en 1894 il avait déjà pratiqué 160 opérations de ce genre, reste fidèle à ses idées relativement à l'opportunité des opérations précoces. Il maintient que l'intervention est le meilleur moyen de combattre la débilité congénitale. Dans une communication au Congrès des chirurgiens allemands de 1894, il invoque les résultats des pesées pour quatre de ses derniers très jeunes opérés. Il est incontestable que chez ces enfants l'augmentation de poids a été considérable pendant les jours ou les semaines qui ont immédiatement suivi l'opération; mais je relève dans la quatrième observation un détail qui n'est pas sans valeur.

L'enfant, âgé de six semaines, pesait 3150 grammes à son entrée à la clinique; plus tard, avant toute intervention, ce poids s'était élevé à 3380 grammes, ce qui représente 23 grammes en plus par jour. L'opération a lieu, et le petit sujet continue à gagner 21 grammes par jour en moyenne. Sans doute il ne demandait qu'à vivre, puisque des soins bien entendus et une alimentation bien réglée lui avaient

déjà procuré une augmentation de poids à peu près égale à celle qu'on exige des enfants ne portant aucune difformité? Ne peut-on pas conclure de là que la débilité de ceux qui sont atteints de malformations faciales tient beaucoup à ce que leurs parents ne savent pas ou ne *veulent pas* les nourrir? On ne doit pas ignorer que la négligence systématique des mères peu soucieuses d'élever un monstre est une des formes connues de l'infanticide lent: quant à celles qui ne pèchent que par ignorance, elles ont besoin d'être guidées. On verra plus loin par quels moyens on assurera le mieux possible l'alimentation de ces petits êtres, incapables de se régler eux-mêmes comme les enfants qui prennent le sein.

La statistique de J. Wolff ne laisse pas d'être instructive. Je copie exactement son tableau en le partageant en deux parties:

Age des malades.	Succès.	Insuccès partiels.	Insuccès.	Morts.	Totaux.
1 et 2 mois.....	2	1	3	1	7
3 à 6 — .....	7	3	»	3	13
7 à 12 — .....	6	2	2	1	11
13 à 17 — .....	5	1	»	2	8
18 à 35 — .....	13	»	»	»	13
3 et 4 ans.....	15	1	»	1	17
5 et 6 ans.....	13	1	1	1	16
Totaux.....	61	9	6	9	85
7 à 14 ans.....	42	4	»	»	46
15 à 52 ans.....	28	1	»	»	29
Totaux.....	70	5	0	0	75
Totaux précédents.	61	9	6	9	85
Totaux.....	131	14	6	9	160

Deux faits importants ressortent de ces tableaux. A partir de l'âge de six ans il n'y a plus une mort, et après sept ans les insuccès ne sont plus que partiels et ne sont plus représentés que par un chiffre insignifiant. Les neuf morts du premier tableau constituent par rapport au total de quatre-vingt-cinq cas une proportion de 10,58 p. 100, et le chiffre des succès complets correspond à un peu moins des trois quarts des opérations. Les insuccès totaux ou partiels augmentent de fréquence dans le très jeune âge.

Cette statistique n'a pas paru assez satisfaisante à Küster pour qu'il se ralliât au principe des interventions précoces. Elles sont légitimes à partir de cinq ans, mais pas plus tôt. On a vu que telle était mon opinion. Aussi n'ai-je perdu jusqu'ici aucun opéré, et, sauf un cas où il s'est produit une désunion très limitée de la muqueuse palatine en avant, sans perte de substance, j'ai toujours obtenu la guérison de mes malades après une ou deux interventions.

La période intermédiaire à la naissance et à la date choisie pour l'opération devra être consacrée à combattre la débilité congénitale et à préparer l'enfant par tous les moyens possibles à l'épreuve qu'il

aura à subir plus tard. Tout d'abord on réglera son alimentation. Détermination précise des quantités de lait nécessaires pour chaque âge, répartition méthodique des repas, emploi du lait stérilisé, gavage au moyen de la cuiller-biberon ou de la sonde nasale, protection du visage contre l'air froid ou humide par un voile de mousseline épaisse pendant les sorties, telles sont les précautions propres à diminuer la léthalité pendant les premiers mois de l'existence et à raffermir la constitution de ces petits êtres voués aux complications auxquelles bon nombre d'entre eux succombent, peut-être faute de soins méthodiques.

#### I. — Opération du bec-de-lièvre.

**a. Bec-de-lièvre simple unilatéral.** — Les procédés de suture des deux bords de la fissure se réduisent à deux ou trois vraiment recommandables. Les méthodes d'avivement par les caustiques et d'avivement sans taille de lambeaux sont justement tombées en désuétude. Une encoche se forme inévitablement au niveau du bord labial restauré. Cette encoche est à peu près aussi difficile à éviter avec les procédés de Bichat, Graefe, Husson, dans

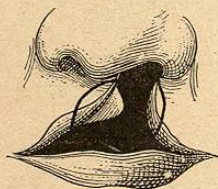


Fig. 161. — Avivement curviligne en vue d'augmenter la hauteur des moitiés de la lèvre.

lesquels l'incision d'avivement est incurvée de telle sorte qu'elle est concave en dedans (fig. 161).

La méthode à lambeaux, la seule digne d'application, est représentée par deux procédés fondamentaux : ceux de Clémot et Malgaigne, et de Mirault (d'Angers).

Lorsque le bord inférieur de la narine est intact, toute l'opération consiste dans la taille du ou des lambeaux, dans les avivements nécessaires et dans la suture. Lorsque le bec-de-lièvre est complet et que la narine est divisée par en bas, la libération de ses deux côtés constitue un temps préliminaire d'une importance capitale et d'une efficacité indiscutable, quoi qu'en ait pu dire Giraldès. Elle peut se faire avec le thermocautère, le galvanocautère ou l'instrument tranchant. Je préfère ce dernier pour les raisons suivantes : le thermocautère fait une section trop large et mortifie infailliblement les tissus qu'il touche ; le galvanocautère, quoique très supérieur par la minceur de sa lame, expose au même inconvénient. On a parlé de réunion immédiate après l'emploi de ces instruments, mais outre qu'on ne peut pas beaucoup compter sur une réunion aussi paradoxale, il ne faut pas oublier que les surfaces libérées se trouvent en partie libres du côté de la bouche et que les petites escarres éliminées se mêlent à la salive et sont avalées par l'enfant. De là une source d'infection gastro-intestinale qu'on peut supprimer ou diminuer

beaucoup en recourant à l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux. Il est vrai que les sections avec ces derniers causent un écoulement de sang assez important ; mais on peut le maîtriser par la compression et par l'emploi de certains hémostatiques tout à fait inoffensifs. Le perchlorure de fer ne vaut rien, comme le chlorure de zinc et tous les autres caustiques proprement dits. Les astringents tels que l'alun sont sans danger ; mais l'antipyrine en solution saturée possède à mes yeux un avantage marqué.

Les débridements doivent se faire très largement, jusque sous la joue au besoin. On doit les considérer comme insuffisants tant que les deux moitiés de la narine ne viennent pas au contact avec la plus grande facilité.

1° *Procédé de Clémot et de Malgaigne.* — Sur l'un des bords de la fissure labiale, à la limite exacte de la peau et de la muqueuse,

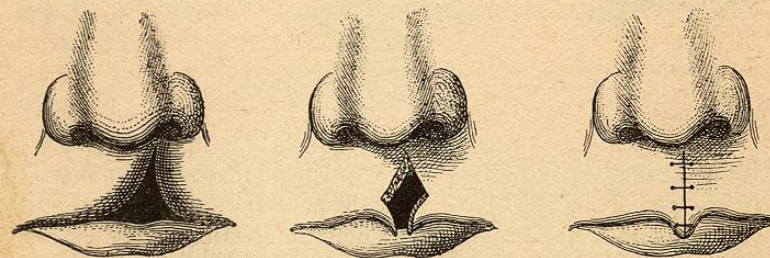


Fig. 162. — Procédé Clémot-Malgaigne.

A, bec-de-lièvre unilatéral.

B, taille des lambeaux.

C, suture.

on introduit par transfixion, d'avant en arrière, un petit couteau à lame étroite ; puis, en suivant toujours très fidèlement la limite de la muqueuse, on coupe en montant vers la narine et l'on détache un lambeau à base inférieure dont le sommet correspond à la partie la plus élevée de la fissure (fig. 162). S'il s'agit d'un bec-de-lièvre complet, la pointe du lambeau doit remonter jusqu'au bord correspondant de la narine. On répète la même manœuvre sur le bord opposé de la fente et l'on achève l'avivement dans l'angle supérieur en enlevant avec des ciseaux ou au bistouri ce qui reste du bord primitif. Ainsi se trouvent détachés deux lambeaux qu'on renverse en bas, de manière qu'ils se correspondent par leur face cruentée. Si ces lambeaux paraissent trop longs et forment sous la lèvre un tubercule exagéré, on peut en réséquer de suite quelques millimètres ; mais il faut compter avec la rétraction cicatricielle qui se produira les jours suivants et être parcimonieux dans cette régularisation. Un tubercule un peu trop long cesse toujours de l'être au bout de quelques semaines.

Il ne reste plus qu'à placer les sutures et à faire le pansement ;