

Les fissures prenant toute la largeur de la joue ou toute la hauteur de la lèvre inférieure s'accompagnent d'un symptôme spécial : l'écoulement continu de la salive, capable même d'être une cause de dépérissement.

Traitement. — Toutes ces fissures faciales comportent le même traitement : il faut aviver leurs lèvres et les rapprocher par la suture, après avoir pratiqué les libérations nécessaires pour que l'affrontement se fasse sans tension. Mais il va sans dire que si, pour toutes ces malformations, le principe chirurgical fondamental est le même, le manuel opératoire est essentiellement différent, et, d'autre part, il existe, relativement à l'âge où il faut intervenir, des indications thérapeutiques toutes spéciales, selon qu'on doit restaurer les parties molles seules, le rebord alvéolaire ou la voûte palatine. Je vais envisager successivement ces trois cas ⁽¹⁾.

1° **Restauration des parties molles.** — C'est proprement le traitement du bec-de-lièvre, et dans les procédés qui vont être décrits, c'est le bec-de-lièvre vulgaire qui sera à peu près seul visé.

Il n'y a pas de perte de substance réelle, a dit Louis, et « il s'agit uniquement de rafraîchir le bord de la division pour en faire une plaie susceptible d'être unie ». L'opération comprend donc simplement deux temps : l'avivement et la suture.

a. **Avivement.** — Autrefois, pour éviter l'hémorragie, on faisait souvent l'avivement secondaire : on cautérisait les bords de la fente au fer rouge et on réunissait les bords au moment de la chute des eschares. On a absolument renoncé à cette pratique et l'avivement de la fissure se fait toujours à l'instrument tranchant. A cet effet, on a, à diverses époques, de M. A. Séverin à Marc Sée ⁽²⁾, inventé des ciseaux spéciaux, tombés en une juste désuétude. Il suffit d'avoir un bistouri ordinaire à lame étroite, des ciseaux ordinaires et, pour une manœuvre spéciale que je décrirai plus loin, une paire de ces petits ciseaux courbes dont se servent les ophtalmologistes. Dans cet avivement, les deux règles principales sont les suivantes :

1° L'avivement doit être complet, ce qui est aisé pourvu qu'on y porte attention. C'est surtout au sommet du V qu'il faut cruenter avec soin, sans quoi il reste en ce point une fistule disgracieuse.

2° Malgré Giraldès et selon le conseil de Franco, puis de Dupuytren, de Chassaignac, il faut avoir soin de débrider largement les freins muqueux qui unissent les bords de la fissure à l'arcade alvéolaire, de mobiliser bien et loin sous la narine et vers la branche montante. Cela est facile au bistouri, mais il en résulte une hémorragie en nappe notable, et c'est pour l'éviter que P. Broca pratiquait ces décollements au galvano-cautère ⁽³⁾ quand il opérait sur de très jeunes enfants ; Verneuil a remplacé le galvano-cautère par le thermocautère ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Pour toutes les questions relatives à l'intervention chirurgicale pour le bec-de-lièvre simple ou complexe et à ses indications (non compris les divisions palatines), on consultera les discussions de la *Société de chirurgie de Paris*, 1849-1850, t. I, p. 464, 511, 576, 680; 1852-1855, t. III, p. 227; t. IV, p. 476; t. V, p. 544; t. VI, p. 265, 329, 456; t. IX, p. 265, 455; 1860, 2^e série, t. I, p. 115, 555; t. II, p. 162; t. III, p. 432; t. IV, p. 561, 576, 586; t. VIII, p. 508, 556; 1880, nouv. série, t. VI, p. 550; 1884, t. X, p. 955. — J'ai publié le résultat de ma pratique, d'après mes 42 premières observations dans la *Revue de stomatologie*, 1895, n° 1.

⁽²⁾ MARC SÉE, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1874, 2^e série, t. III, p. 129.

⁽³⁾ P. BROCA, *Arch. of clin. Surgery*, New-York, novembre 1876, t. I, p. 465.

⁽⁴⁾ Verneuil a réuni ses publications sur le bec-de-lièvre dans ses *Mémoires de chir.* (chir. réparatrice), p. 467 et suiv., Paris, 1877.

Ces complications opératoires m'ont toujours paru inutiles, car un tamponnement compressif bien appliqué arrête le sang en quelques minutes, après quoi on passe à la suture.

Cette suture, bien pratiquée, est hémostatique pour l'avivement des lèvres de la fissure et en particulier pour la coronaire qui est toujours coupée et qu'il est inutile de lier, ce qui d'ailleurs échouerait souvent. Pour éviter l'écoulement sanguin avant la suture, on peut se fier à un aide qui, de chaque main, saisit entre le pouce et l'index une des moitiés de la lèvre opérée; certains chirurgiens appliquent de chaque côté du champ opératoire une pince languette à forcipresse prenant bien toute la hauteur de la lèvre et dont les mors sont garnis d'un tube de caoutchouc (un drain y est excellent) pour rendre la compression moins dure. Je comprime toujours moi-même entre le pouce et l'index gauches, tandis que j'avive de la main droite, et l'hémostase est ainsi assurée.

b. **Suture.** — Jadis combattue par Franco, Pibrac, Louis, qui s'en tenaient aux bandelettes agglutinatives, la suture est aujourd'hui universellement adoptée. On a beaucoup discuté sur le meilleur mode de suture, et bien des pages ont été écrites pour décrire et pour vanter la suture entortillée, pour préciser la manière et le moment d'en retirer ou d'en changer le fil. La suture entortillée était encore d'usage courant il y a quelques années, mais elle semble aujourd'hui reléguée à côté de la suture à plaque de Denonvilliers, de la suture élastique de Rigal (de Gaillac), et nous pouvons résumer en quelques mots la conduite chirurgicale la meilleure : comme l'avaient affirmé autrefois Heuermann, puis Mirault (d'Angers) ⁽¹⁾, il faut appliquer au bec-de-lièvre la vulgaire suture entrecoupée. Quant au meilleur fil à employer, le fil d'argent a ses partisans, la soie a les siens, mais ceux du crin de Florence sont peut-être les plus nombreux. A la face cutanée, on appliquera des crins de Florence prenant les trois quarts de l'épaisseur de la lèvre, de façon à bien passer en arrière de la coronaire; de la sorte, la suture sera hémostatique. Sur la pointe des lambeaux et à la face postérieure, on met souvent un rang de sutures à la soie fine; mais ici encore le crin de Florence est excellent.

Lorsque le tiraillement de la ligne de suture est notable, et lorsque la narine est largement épatée, Guersant appliquait une serre-fine spéciale; Philips, Thierry, ont conseillé d'embrocher le nez avec une

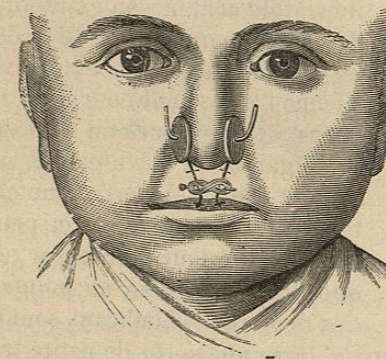


FIG. 24. — Épingle de Philips.

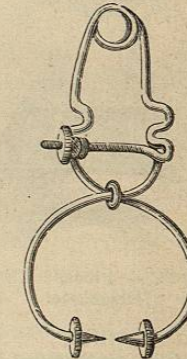


FIG. 25. — Serrefine de Guersant

longue aiguille ou avec un fil métallique et d'exercer de la sorte une compression latérale en enfilant à chaque extrémité une lame de plomb fixée par un tube de Galli. Je crois ces complications inutiles et, lorsque la narine est bien mobi-

⁽¹⁾ MIRAULT (d'Angers), *Bull. gén. de thérap.*, 1866, t. LII, p. 555, et *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, t. VIII, p. 50.

lisée, on la suture en bonne position avec un crin de Florence mis vers les fosses nasales.

On a dit que, si la voûte palatine est fendue, la langue peut venir constamment au contact de la face profonde de la suture et la désunir, et de là les plaques de zinc, de plomb, de caoutchouc auxquelles ont eu recours Heurmann, Eckholdt, P. Broca, pour protéger cette suture. Mais il est certain que la septicité inhérente aux opérations anciennes était en jeu plus qu'une distension mécanique, et ces appareils spéciaux sont abandonnés.

c. *Pansement. — Soins consécutifs.* — Le pansement consiste simplement en une occlusion au collodion iodoformé avec des filaments transversaux de coton hydrophile. De la sorte, on empêche très bien l'écartement mécanique de la suture, dont il faut autant que possible assurer le repos. A cet effet, les auteurs anciens avaient inventé des compresseurs spéciaux refoulant la joue en dedans, avaient imaginé des bandages compliqués. Tout cela est tombé dans l'oubli, comme le précepte de Roonhuysen, d'après lequel, pour faire tenir l'enfant tranquille après l'opération, le mieux était de le priver de sommeil pendant la nuit précédente. Pendant les vingt-quatre premières heures, si l'enfant tette encore, on ne le laissera pas prendre le sein, et on lui donnera à la cuiller du lait en petite quantité. Si l'enfant crie, il faut que la mère ou la nourrice, le surveillant attentivement, exerce immédiatement sur les joues une compression légère.

Les crins de Florence sont coupés du quatrième au sixième jour. L'ablation des premiers exige d'ordinaire l'anesthésie de l'enfant, sans quoi, dans un mouvement intempestif, on est exposé à arracher la ligne de réunion.

a. *Procédés opératoires.* — L'avivement simple suffit pour les fissures de la joue. Mais quand on doit reconstituer le bord libre de la lèvre, il n'en est plus de même. Pendant bien longtemps, sans doute, on s'est borné à retrancher d'un coup de ciseaux l'ourlet muqueux de chacun des bords, ensuite réunis par la suture. Mais de la sorte, lorsque la cicatrice se rétracte, il se constitue presque inévitablement à son extrémité inférieure une encoche des plus disgracieuses. Bien des procédés ont été inventés pour remédier à cet inconvénient. Je passerai sous silence l'avivement courbe de Husson, absolument inefficace, et je ne parlerai que des procédés à lambeaux.

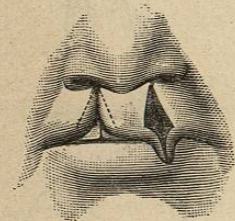


FIG. 26. — Procédé Clémot-Malgaigne.

Malgaigne (1) a vulgarisé un procédé imaginé par Clémot (de Rochefort). Sur chaque bord, il taille par transfixion au bistouri un petit lambeau adhérent par sa base inférieure, libre par son extrémité supérieure, que l'on mène bien en pointe jusqu'au sommet du V. Ces deux petits lambeaux sont rabattus et suturés l'un à l'autre; ils forment sous la lèvre une sorte de petite trompe, d'abord fort laide, mais qui peu à peu se rétracte, et que d'ailleurs il est aisé de réséquer secondairement. Le procédé de Nélaton n'est qu'une modification insignifiante de celui de Clémot: il consiste à circonscrire le sommet du V, de façon à laisser les deux lambeaux en continuité par leur pointe; une fois qu'ils sont rabattus, on conçoit qu'il y ait, en somme, un point de suture naturel à leur extrémité, ce qui n'a pas un avantage bien considérable. La légère modification de Henry (de

(1) MALGAIGNE, *Société de chir.*, 20 novembre 1845, et *Journal de chir. de Malgaigne*, Paris, 1844, t. II, p. 1.

Nantes) n'a pas non plus une grande importance: elle consiste à tailler chacun des lambeaux en un biseau inverse, de façon à élargir les surfaces affrontées.

Le procédé de Mirault (2) est excellent dans presque tous les cas. Mirault avait le bord interne à la mode ancienne, d'un simple coup de ciseaux, puis il cruentait avec soin l'angle arrondi; sur le bord externe, il taillait un lambeau semblable à celui de Clémot, et le lambeau était appliqué par la suture contre

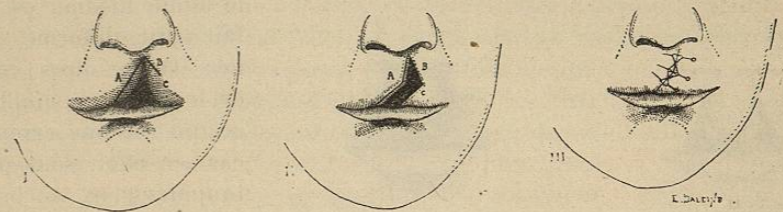


FIG. 27. — Procédé de Mirault.

A, avivement de la lèvre interne. — B, incision de la lèvre externe pour libérer le lambeau C. — Les figures I et II montrent les tracés et la disposition du lambeau. — La figure III montre la suture. (*Traité de Forgue et Reclus.*)

l'angle avivé du bord interne. De là, donc, une petite languette devenue parallèle au bord libre de la lèvre, qu'elle reconstituait. Le seul défaut de ce procédé, c'est qu'il crée, par l'avivement ancien, une perte de substance du bord interne. Mais une modification bien facile y pare: comme P. Broca, comme Lannelongue, j'ai coutume de pratiquer, avec les petits ciseaux d'ophtalmologiste, un simple avivement épidermique, et le résultat est excellent (3).

Giraldès (4) s'est préoccupé tout spécialement de bien fermer la communication entre la narine et le vestibule buccal; à cet effet, il taille sur le bord interne un petit lambeau, adhérent par sa base supérieure, qu'il relève de façon à le placer en pont sous la narine et à le suturer à un débridement transversal fait à la base du bord externe de la fissure. Le bord libre de la lèvre est restauré comme dans le procédé de Mirault.

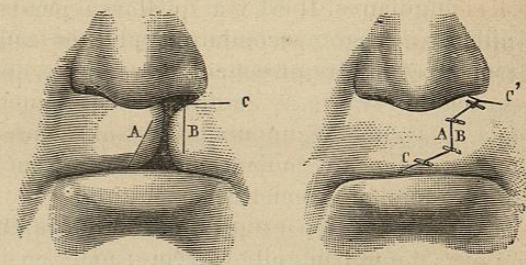


FIG. 28. — Procédé de Giraldès.

I, tracé des incisions. — II, disposition des sutures.

Cette petite complication m'a toujours paru inutile, et nous restons en face de deux procédés: celui de Clémot-Malgaigne, celui de Mirault. Ce dernier, applicable sans contestation à tous les becs-de-lièvre simples et aux becs-de-lièvre complexes à écartement modéré, est même pour moi presque toujours réalisable, et je n'ai jamais eu besoin de recourir au procédé de Clémot.

Pour le bec-de-lièvre bilatéral, le manuel opératoire dépend de l'état du lobule médian.

(2) MIRALTY, *Journal de chir. de Malgaigne*, 1844-1845, t. II, p. 257; 1845, t. III, p. 5. *Mémoire sur l'opération du bec-de-lièvre*, Angers, 1845, in-4. — Rapport de GUERSANT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856, t. VII, p. 219, 455.

(3) DENISE, Thèse de doct. de Paris, 1885-1884, n° 511.

(4) GIRALDÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865, 2^e série, t. VI, p. 327, et *Leçons cliniques, etc.*, 1868, fasc. 1, p. 140.

Si ce lobule est bien développé, on fait des deux côtés l'opération de Mirault, avec avivement épidermique de tout le pourtour du lobule. Mais souvent le lobule sera étroit, mince, et surtout moins haut que le reste de la lèvre. On ne le réunira alors qu'à la partie supérieure des deux avivements externes, dont les lambeaux rabattus seront suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, en sorte que la suture prendra la forme d'un Y. Là encore, l'avivement du lobule aura été épidermique et aura porté sur ses trois bords muqueux. Quelquefois enfin,

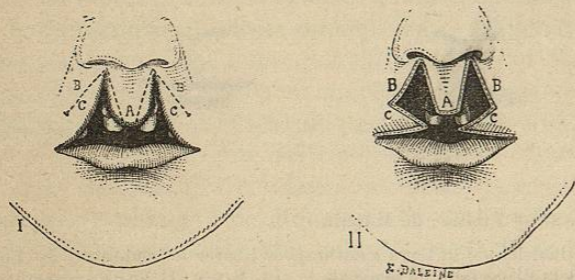


Fig. 29. — Procédé de Clémot appliqué au bec-de-lièvre complexe bilatéral. (Traité de Forgue et Reclus.)

le lobule médian est tout à fait petit, difforme, irrégulier. On a alors conseillé de le réséquer simplement, ce qui est une erreur. Ces cas, en effet, sont presque toujours ceux où le tubercule osseux fait saillie en avant, où la sous-cloison est d'une brièveté excessive; après refoulement du tubercule osseux, le lobule médian, soigneusement disséqué, servira à reconstituer la sous-cloison, selon un procédé établi par Dupuytren. Au-dessous de ce lobule, on suture les deux lèvres externes, comme s'il s'agissait d'une large fissure médiane, et pour cela c'est au procédé de Clémot qu'on aura recours.

b. *Accidents.* — *Age où il faut intervenir.* — L'opération réussit presque toujours, et même lorsque la réunion immédiate échoue, le résultat n'est généralement pas nul, car la plaie guérit par seconde intention, par le mécanisme des plaies angulaires. Il est vrai qu'alors il persiste une encoche disgracieuse, facile d'ailleurs à réparer secondairement. Les causes de l'échec sont multiples : la désunion peut être purement mécanique, due aux cris de l'enfant, mais cette éventualité est rare. A l'ordinaire, le défaut d'union est dû à l'infection de la plaie, qui se met à suppurer. C'est ainsi que l'existence d'un coryza antérieur, dont les mucosités coulent constamment sur la lèvre, est une cause d'échec, et doit dès lors faire remettre l'opération.

Ainsi, l'opération est presque toujours efficace. En outre, elle est presque toujours d'une bénignité extrême; mais ici il faut établir une distinction. Les tout jeunes enfants supportent mal, en effet, les pertes de sang, et de là des discussions, fort anciennes déjà, sur l'âge où il convient d'opérer le bec-de-lièvre. Je me bornerai à mentionner les débats de l'Académie royale de chirurgie, de l'Académie de médecine (1845)⁽¹⁾, de la Société de chirurgie de Paris (1856, 1865, 1884), les mémoires récents publiés en Allemagne par Hoffa, par Eigenbrodt⁽¹⁾; en voilà assez pour prouver qu'en tous temps, en tous lieux cette question a été agitée. Il n'est pour ainsi dire pas d'âge, de un jour à quatre ou cinq ans, qui n'ait été donné par quelque chirurgien comme l'âge d'élection. On est aujourd'hui d'accord pour admettre qu'un débat général n'a pas sa raison d'être; la conduite à tenir dépend de l'état des lésions et de la santé générale.

Pour ne pas opérer un nouveau-né, les seuls arguments sont l'hémorragie et la durée de l'intervention. Or, quoi de moins sanglant et de plus rapide que la

⁽¹⁾ EIGENBRODT, *Ueber Hasenscharte*. Inaug. Dissert., Halle, 1885. — F. GOTTHELF, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXXII, p. 555 et 575.

restauration de l'encoche labiale simple? On est donc parfaitement en droit d'intervenir dans ces conditions, même chez un enfant de quelques jours, même pour une fente bilatérale, pourvu toutefois que l'enfant soit bien vigoureux, bien nourri, bien soigné. Mais on ne saurait contredire aux chirurgiens qui, pour supprimer ces appréciations parfois délicates, posent comme règle d'attendre jusque vers le troisième mois, à moins que les parents ne leur forcent la main. Passé six mois, il sera prudent d'attendre la fin de la dentition.

Voilà pour le bec-de-lièvre absolument simple. Mais opératoirement la simplicité n'est plus telle lorsque la fente est large, lorsque ses bords sont reliés aux gencives par des freins muqueux solides et courts. Alors sont nécessaires de grands décollements à la face interne des joues, et l'hémorragie immédiate sera forcément notable. C'est dans ces conditions que l'on a enregistré des cas de mort chez les opérés nouveau-nés, et c'est pour eux que P. Broca, partisan de l'opération aussi précoce que possible, a préconisé les débridements profonds au galvanocautère. Même ainsi, on a compté des échecs graves, et il vaut mieux attendre l'âge de trois à six mois.

Une question analogue se pose pour les becs-de-lièvre anatomiquement simples, c'est-à-dire sans fissure osseuse, mais où, le maxillaire étant très atrophié du côté externe de la fente, l'intermaxillaire interne du côté opposé fait sous la lèvre un volumineux promontoire. Ce promontoire, il faut l'abattre d'un coup de pince, sans quoi il offenserait et distendrait la suture; mais cette section osseuse saignera et nous sommes, chirurgicalement, en face d'un bec-de-lièvre complexe.

Lorsque le bec-de-lièvre est complexe anatomiquement, c'est-à-dire avec fissure osseuse, il peut être chirurgicalement simple, si le promontoire ou le tubercule osseux ne sont pas saillants, de façon que l'on puisse restaurer la lèvre sans toucher aux os. Dans le cas contraire — qui, il est vrai, est la règle — nous arrivons à la discussion du bec-de-lièvre complexe.

2° *Restauration du rebord alvéolaire.* — Lorsqu'il n'y a pas de projection en avant du promontoire ou du tubercule osseux, il n'y a pas à s'occuper du rebord alvéolaire : on restaure simplement la lèvre, et cela fait, la fissure alvéolaire, généralement étroite dans ces circonstances, s'oblitére d'elle-même ou à peu près. Il ne restera plus qu'à opérer la fissure palatine. Voyons donc les cas compliqués de saillie osseuse.

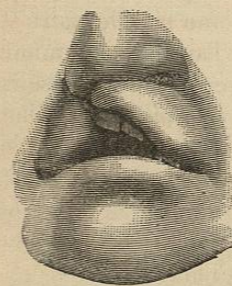


Fig. 51. — Bec-de-lièvre complexe avec saillie du promontoire.

a. *Procédés opératoires.* — J'ai déjà mentionné plus haut le bec-de-lièvre simple avec saillie du promontoire : on résèque à la pince coupante cet éperon osseux, et on réunit la lèvre au-devant, par le procédé de Mirault si la fente n'est pas trop large, par celui de Clémot dans le cas contraire.

Le décollement profond de la joue doit ici être porté assez loin. Il en est d'ailleurs de même dans toutes les opérations où l'on s'attaque aux os.

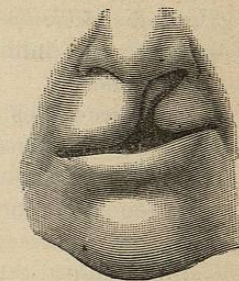


Fig. 50. — Bec-de-lièvre complexe sans saillie du promontoire.

La conduite à tenir est à peu près la même pour le *bec-de-lièvre complexe unilatéral* : le plus simple semble être de faire sauter au bord alvéolaire la saillie de la lèvre interne. Cependant, craignant qu'il ne restât là une trop large brèche, S. Duplay (1) a montré tout le parti qu'on pouvait tirer du promontoire pour le combler : il a avivé les deux lèvres de la fente osseuse, a fracturé le promontoire et l'a refoulé en arrière, dans la fente, où il l'a maintenu par la suture osseuse, s'en servant ainsi pour reconstituer l'arcade dentaire. Le Dentu a insisté récemment sur l'utilité de cette opération ostéoplastique. Pour restaurer les parties molles, le procédé de Clémot est parfois recommandé, mais celui de Mirault m'a toujours suffi.

Pour le *bec-de-lièvre complexe bilatéral*, avec saillie du tubercule osseux, l'opération est infiniment plus difficile, et du côté de l'os, et du côté des parties molles.

Le premier temps de l'opération doit toujours consister à faire disparaître la saillie du tubercule osseux. A cet effet, deux procédés sont possibles : l'ablation du tubercule ou son refoulement en arrière. L'ablation pure et simple, jadis préconisée par Franco, a été pendant longtemps seule usitée. Mais on a dit que la suture de la lèvre, privée de soutien, manque souvent et surtout le résultat plastique définitif est fort laid. Depuis la fin du siècle dernier, on s'est donc proposé comme but le refoulement du tubercule osseux, et Desault a d'abord recommandé d'exercer sur lui une compression lente avec un appareil spécial. Les essais de ce genre n'ont cependant pas été bien heureux, et Gensoul a

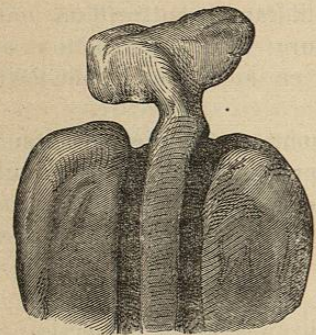


FIG. 52. — Hypertrophie du tubercule osseux.

conseillé de fracturer brutalement le pédicule osseux, en sorte que le tubercule, dès lors bien mobile, puisse être séance tenante remis en place. Mais cette fracture ne pourrait-elle pas dépasser le degré désiré, irradier jusqu'à l'ethmoïde? Aussi Vallet, Blandin ont-ils, derrière le tubercule, sur la cloison, réséqué méthodiquement un fragment triangulaire à base inférieure, ce qui permet le refoulement; Chassaignac, A. Guérin ont préconisé la résection sous-périostée. Mais, dans ce procédé, l'artère nasopalatine a donné, entre les mains de P. Broca, de Verneuil, des hémorragies inquiétantes; pour les éviter, Richet a imaginé de couper l'os avec une pince-écraseur spéciale, mais une simple paire de ciseaux suffit; Lund ménage l'artère en donnant une très grande obliquité à la section osseuse. En réalité, avec la section osseuse sous-périostée, je n'ai jamais eu d'hémorragie. Le tubercule une fois refoulé dans la fente, pendant longtemps on s'en est tenu là, et même Blandin n'avait pas les bords muqueux de la fisure. Le tubercule médian restait donc mobile et fort gênant. L'avivement simple n'a pas suffi entre les mains de Debrou : le tubercule est encore resté mobile. P. Broca a donc proposé et exécuté la suture osseuse : il n'a pas tardé à être imité, et cette pratique est aujourd'hui classique (2).

(1) S. DUPLAY, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, 5^e série, t. II, p. 575.

(2) BLANDIN, *Journal de chir. de Malgaigne*, 1845, t. I, p. 55. — COSTILHES, *Bull. de la Soc. anat.*, 1844, p. 179. — DEBROU, *Journal de chir. de Malgaigne*, 1844, t. II, p. 28. — P. BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, 2^e série, t. IX, p. 147. — G. PETIAU, Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 95. — LUND, *Norsk. Mag. f. Lægevid.*, 1878, t. VIII, p. 8, d'après *Centralblatt für Chir.*, 1879, p. 29. — BERGER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, nouv. série, t. X, p. 888.

Quelquefois le tubercule osseux est trop volumineux pour être refoulé dans la fente. On a donc conseillé de le rétrécir en réséquant ses parties latérales. On ouvre ainsi forcément les alvéoles des incisives latérales supplémentaires, placées de champ, dont l'existence est constante dans ces tubercules hypertrophiés.

Le tubercule charnu doit toujours, lui aussi, être conservé dans son entier. S'il est en position normale, il servira à reconstituer la lèvre; s'il est appendu au bout du nez, on l'emploiera à reconstituer la sous-cloison, en le dédoublant au besoin s'il est trop court. Quelquefois, malheureusement, le tubercule charnu est à peu près nul : la restauration de la lèvre devient une véritable cheiloplastie.

On a discuté pour savoir s'il fallait pratiquer en une seule séance le redressement osseux et la suture labiale. Dupuytren, puis A. Verneuil se sont prononcés en faveur de l'intervention en deux temps, qui ne semble plus compter aujourd'hui beaucoup de partisans.

b. *Accidents.* — *Age où il faut intervenir.* — Verneuil a publié une observation curieuse où la suffocation a fait périr l'enfant quelques heures après l'opération. C'est là un fait exceptionnel, et on peut dire que toute la gravité de l'intervention tient, chez les jeunes enfants, à l'hémorragie. C'est ici surtout qu'ont surgi les discussions sur l'âge où il convient d'opérer. Certains auteurs ont conseillé d'intervenir chez l'enfant à la mamelle, âgé de quelques semaines seulement, de quelques jours même, et il est incontestable qu'on peut obtenir ainsi de brillants succès. Mais cette conduite ne saurait prévaloir contre les relevés statistiques et, à lire les mémoires récents de Eigenbrodt, Hoffa, Gotthelf, on voit combien la doctrine de la temporisation a fait de progrès parmi les chirurgiens allemands, naguère partisans de l'opération précoce. Dans les relevés de Hoffa, les enfants âgés de moins d'un an opérés de la sorte donnent 59 pour 100 de mortalité, par décès immédiats ou retardés, incapables qu'ils sont, de par l'anémie traumatique persistante, de résister aux agressions morbides ultérieures, aux fièvres éruptives, aux entérites, à la coqueluche (1). Quoi qu'on en ait dit, il nous semble que l'opération est, pour une bonne part au moins, la cause indirecte de ces morts tardives, et dès lors l'âge d'élection va se trouver compris de un à deux ans pour les enfants hospitalisés. Après avoir été opérés, en effet, s'ils sont mis dans la salle commune ils succombent en grand nombre à la broncho-pneumonie. Mais pour les enfants non hospitalisés, soignés individuellement par leur mère ou leur nourrice, l'expérience m'a nettement démontré que l'opération complexe peut sans danger être entreprise à partir de trois à quatre mois.

Il ne faudra pas attendre passé deux ans, sauf indication spéciale et débilité extrême du sujet, car la réparation rapide de la fisure labio-alvéolaire a incontestablement une influence heureuse pour rétrécir progressivement la fente palatine. Lafaye, Richerand ont même prétendu qu'il en pouvait résulter l'oblitération spontanée, ce qui semble erroné.

5° *Restauration de la voûte palatine et du voile du palais.* — Autrefois, on ne tentait même pas la restauration opératoire du palais et du voile du palais : les premiers essais de staphylorrhaphie ne datent que du commencement de ce siècle, entre les mains de Lemonnier, de de Græfe, de Roux; plus tard, on s'est attaqué aux divisions du palais osseux. Mais, au début, les échecs étaient à peu près constants, si bien que, pour Maisonneuve, pour Nélaton, il valait

(1) Voyez le relevé des statistiques allemandes dans un article fort complet de FERGUE, *A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre?* *Gas. hebd. de méd. et de chir.*, 1890, n° 11, p. 124.