

Quelques mots sur la médecine opératoire du bec-de-lièvre et en particulier sur un nouveau procédé, dit procédé de la mortaise / leçon professée par M. Giralès ; avec observations recueillies et rédigées par Ch. Thevenin.

Contributors

Giralès, Joachim Albin Cardozo Cazado, 1808-1875.
Thévenin, Charles Cyrille.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Paris] : [Typ. Félix Malteste], [1865]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/dnwnaest>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

QUELQUES MOTS

SUR

MÉDECINE OPÉRATOIRE DU BEC-DE-LIÈVRE

ET EN PARTICULIER

SUR

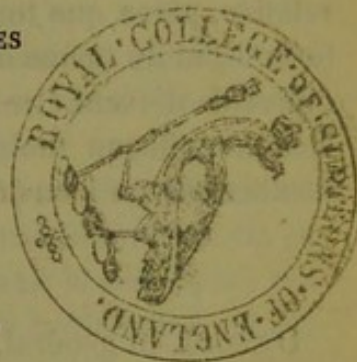
UN NOUVEAU PROCÉDÉ, DIT PROCÉDÉ DE LA MORTAISE

Professée par **M. GIRALDÈS** (hôpital des Enfants-Malades)

AVEC OBSERVATIONS RECUEILLIES ET RÉDIGÉES

Par **M. Ch. THEVENIN**

Interne provisoire des hôpitaux



I

Mais, il nous est arrivé, depuis quelques jours, plusieurs enfants atteints de bec-de-lièvre, les uns simples, les autres doubles, et enfin d'autres compliqués. Nous ferai pas ici la description de ce vice de conformation, quoiqu'il présente des particularités intéressantes chez quelques-uns des enfants qui sont dans le service, mais ce sur quoi je me propose de vous dire quelques mots, c'est sur les procédés opératoires du bec-de-lièvre, sur les différents modes de réunion des lèvres. Nous nous entretiendrons donc et des procédés inventés pour amener le contact, et des moyens employés pour maintenir la coaptation. D'abord le chirurgien, qui parcourt l'histoire de la médecine opératoire, est ébloui par la multitude de ces procédés et de la multitude des noms d'inventeurs accolés. Naturellement, autant d'inventions, autant d'inventeurs; mais il arrive ce qui arrive souvent pour d'autres genres d'opérations, à savoir : qu'un procédé compte plusieurs parrains dont le nombre s'accroît avec le temps (les

derniers laissant souvent dormir les premiers dans la poussière de l'oubli), tandis qu'en réalité, quatre ou cinq chirurgiens ont à peu près seuls la paternité de tous ces divers modes opératoires. En voulez-vous des exemples? Prenez seulement les incisions : l'un a inventé l'incision en parenthèse () dans le but d'éviter l'encochure à la partie inférieure de la plaie. Cette incision en parenthèse serait due à M. Husson fils d'après M. Malgaigne et d'autres auteurs; et cependant son origine remonte bien plus haut, et vous pouvez vous assurer que plusieurs chirurgiens, entre autres Guillemeau, Dieffenbach, Thévenin (1), etc., s'en sont servis et l'ont notée dans leurs ouvrages.

Pour éviter également l'encochure, un autre procédé, consistant à détacher une partie et à ramener de haut en bas deux languettes prises sur les bords de la division, peut être attribué non-seulement à M. Malgaigne, mais encore à M. Clémot, de Pessac, et même ce dernier, d'après Roux, l'aurait imaginé il y a longtemps.

Cela suffit, je pense, pour vous montrer que quand on recherche un peu les origines, on trouve que bien des procédés opératoires ont la leur reculée un peu plus loin dans le passé que certains auteurs ne sembleraient l'indiquer.

Quand on étudie un procédé, il faut examiner sa valeur relative. Je dis valeur relative, parce que tous les procédés n'ont pas été imaginés en vue de la même déformité, ni du même degré de déformité. Ainsi, pour ne parler que du bec-de-lièvre, différents doivent être les modes opératoires, suivant que la brèche est plus ou moins étendue, plus ou moins large, suivant qu'elle est constituée aux dépens des téguments seuls ou bien des téguments et des parties osseuses.

1^o Procédés de coaptation.

D'abord, en général, il faut abandonner l'idée artistique de reconstituer, ou plutôt de constituer le tubercule médian correspondant à la dépression médiane de la lèvre inférieure; non pas que ce soit chose impossible, mais par la raison que la brèche trouvant latérale, ce tubercule ne serait pas sur la partie médiane et remplacerait la déformité par une autre qui, pour être moindre, en serait une toutefois. Sans compter que cet idéal artistique doit être subordonné à un résultat plus utile, plus pratique, que, dans certains cas, on est déjà bien heureux d'obtenir.

L'avantage que nous sommes en droit de demander à un procédé est la plus grande facilité, la plus grande rapidité de coaptation possible.

Au point de vue clinique, et dans le cas de faible écartement, le procédé de l'encochure a sa valeur et offre une assez grande simplicité d'exécution. La brèche présente la figure d'un V renversé (Λ); on avive et on réunit tout simplement. A la vérité, il peut arriver que la coaptation n'ait lieu d'abord qu'à la partie inférieure où elle forme une espèce de petit pont jeté entre les deux lèvres de la plaie; mais, qu'il arrive autant à la partie supérieure, le milieu ne tardera pas à suivre le reste, et arrivera au contact, et, par suite, la réunion sera complète.

(1) Les œuvres chirurgicales de Jacques Guillemeau. Rouen, 1649, p. 682. — Les œuvres de François Thevenin. Paris, 1669, p. 28. — Dieffenbach, *Chirurgie opératoire*. Berlin, 1844. — *Dictionnaire en 30 volumes*, article BEC-DE-LIÈVRE.

, on peut placer la modification dans l'avivement, attribuée à M. Husson fils. La plupart des traités de médecine opératoire, attribuée avec plus ou moins de soin, nous l'avons vu.

Je vous ai dit un mot du procédé de M. Malgaigne; celui de M. Mirault en diffère

des procédés, ainsi que celui de Langenbeck, ne manquent pas de valeur; mais ils peuvent suffire dans les cas où l'écartement n'est pas bien considérable, il n'en est plus de même lorsque cet écartement prend de grandes proportions.

La largeur de la brèche est-elle très-étendue et, pour cette raison, la réunion difficile à tenter, surtout si l'on tient compte de l'action diductrice des muscles de l'aile du nez et de la lèvre supérieure? Je vous dirai tout d'abord : évitez de détacher les lambeaux du nez, ne les transpercez pas d'outre en outre avec des épingles, c'est un triste moyen auxiliaire, d'autant plus que l'on peut arriver à un bon résultat au moyen de ces incisions combinées avec intelligence.

Je vais vous parler d'un procédé que je n'ai trouvé décrit nulle part, et que j'ai employé plusieurs fois avec succès : ce procédé consiste à tailler sur les lèvres deux lambeaux de telle sorte qu'ils s'engrènent, pour ainsi dire, l'un dans l'autre et se réunissent, par leur réunion, une espèce de *mortaise*.

Pour plus de détails, représentez-vous un bec-de-lièvre (unilatéral gauche) avec un écartement considérable. Je commence par tailler de bas en haut, sur le bord droit, un lambeau que je laisse adhérent par un pédicule à son extrémité supérieure. J'en fais autant sur le bord gauche, mais d'une manière inverse, c'est-à-dire en allant de haut en bas, de façon que ce lambeau ait son pédicule à la partie inférieure. De ces deux lambeaux, le premier, celui du côté droit, est relevé en haut, le second est relevé en bas; en d'autres termes, ces deux lambeaux deviennent horizontaux de vers l'extérieur qu'ils étaient, celui de droite étant supérieur à celui de gauche, et leur ligne de contact étant formée par la réunion de leurs bords saignants. Quant aux bords restés non avivés, ils servent, celui de droite, à limiter l'orifice nasal, celui de gauche à limiter l'orifice buccal.

C'est dans des cas où le manque de substance est tel, que vous me verrez demander un moyen auxiliaire à diverses incisions. Ainsi, je ferai à la partie supérieure de la lèvre gauche, sous l'aile du nez et parallèlement à elle, une incision horizontale partant du bord libre de la plaie : cette incision comprenant les muscles permet un glissement et un rapprochement plus faciles des téguments. Ce rapprochement sera rendu encore plus facile, si je fais basculer le lambeau, et, pour y arriver, je prolonge l'incision en la faisant obliquer par en bas, suivant parallèlement le sillon naso-labial; j'ai ainsi un lambeau assez considérable que je fais aisément basculer sur son pédicule. Ensuite j'applique le bord, devenu vertical d'horizontal qu'il était, au bord saignant du côté droit. C'est, pour ainsi dire, une autoplastie par glissement. Le petit lambeau du bord droit est relevé en haut sous la narine gauche, qu'il limite et sert en même temps à combler le vide laissé par le *basculement* de l'autre. C'est, en définitive, le procédé de la mortaise aidé par le basculement du lambeau le plus considérable.

Ce procédé de la mortaise, je puis le dire, est certainement préférable à celui qui consiste à détacher les ailes du nez pour les rapprocher l'une de l'autre, et aide ainsi à la coaptation des bords de la plaie; car, non-seulement on rencontre des difficultés pour y arriver, mais encore on obture plus ou moins l'orifice des fosses nasales : la conséquence de cet inconvénient, vous le devinez sans peine, est souvent funeste chez le nouveau-né; entraver ses fonctions respiratoires, rendre l'hématose incomplète, c'est faire courir de grands risques à sa santé, bien plus, à son existence.

2^e Moyens de maintenir la coaptation.

Celse parle de la suture (lib. VII, sect. IX). *Utrique cute apprehensâ..... suturâ injiciendæ sunt.* — Franco, le premier qui se soit occupé de la cure des lèvres fendues, se servait de triangles agglutinatifs.

On s'est servi ensuite de bandages mécaniques. A un cercle horizontal, entourant la tête, étaient attachés deux ressorts, un de chaque côté; l'extrémité inférieure de ces ressorts était garnie, comme dans les bandages herniaires, d'une pelote qui, pressant de chaque côté et en bas de l'aile du nez, tendait à rapprocher les lèvres de la division : mauvais moyen.

Nous arrivons à la suture avec des épingles, à la suture entortillée.

J.-L. Petit employait une cheville d'argent, qu'il engageait dans les tissus au moyen d'une espèce de lardoire. — Ces aiguilles, les uns les ont choisies en argent, les autres en or; ceux-ci les ont préférées flexibles, ceux-là inflexibles. Puis sont venues les épingles d'Allemagne, de Carlsbad, et les épingles anglaises à longue tige, dont l'extrémité mousse est garnie d'une tête assez volumineuse.

M. Thierry a inventé des épingles terminées par une vis, et portant une plaque à une extrémité; ces épingles à écrou ne sont pas d'une bien grande valeur et peuvent être considérées, en définitive, comme des joujoux chirurgicaux.

Que dire des espèces d'agrafes dont Valentin a préconisé l'emploi en vue d'empêcher les enfants de sucer la plaie? L'oubli dans lequel elles sont tombées suffit pour les juger.

Tous les moyens précédents, à mon avis, n'ont guère servi qu'à enrichir... d'une richesse assez stérile, l'arsenal chirurgical, et à compliquer l'histoire de la médecine opératoire du bec-de-lièvre.

Pour nous, le point principal qui nous reste à examiner, c'est l'emploi de la suture à points passés comparé à celui des épingles, autrement dit, à celui de la suture entortillée.

Je déclarerai immédiatement ma préférence pour la première et je ferai, entre autres, deux reproches aux épingles : le premier, de donner lieu à une espèce de matelas qui s'encroûte sur la lèvre et ne laisse plus rien à découvert des parties que l'œil du chirurgien doit surveiller; le second, de pouvoir occasionner la mortification de la gangrène des tissus trop fortement comprimés, en général, entre les fils entrecroisés par devant et les tissus résistants en arrière.

quant à la suture que j'emploie, qui est la suture à points passés, elle offre cet avantage d'être très-simple. Les lèvres étant au contact, je passe successivement les aiguilles avec les fils d'argent, de façon à traverser la première lèvre d'avant en arrière et la seconde d'arrière en avant ; les deux extrémités de chaque fil sont tordues sur la face cutanée des lambeaux ainsi rapprochés, et l'opération est finie. Avec cette suture, j'évite les deux inconvénients que je reproche à l'autre ; ici, rien n'est écarté, et, de plus, les fils, non-seulement n'amènent pas le sphacèle, mais même ne lésent pas les tissus, comme on l'a dit et répété avec trop d'assurance.

Pour terminer, j'ajouterai que M. Soupart, après avoir avivé obliquement les lèvres et appliqué la plaie, les renverse en arrière, où elles forment une espèce de bourrelet, dont le milieu est formé par les deux faces cutanées en regard l'une de l'autre. Il traverse ce bourrelet et fait, pour ainsi dire, une suture enchevillée à la partie interne de la plaie : tout cela dans le but d'éviter la cicatrice. Atteindrait-il ce résultat, que nous ne regarderions pas comme un point capital.

Sur ces considérations de médecine opératoire je ne puis m'empêcher d'ajouter quelques mots sur un point qui a partagé et qui partage encore les chirurgiens, à savoir : *Quelle est l'époque préférable pour opérer le bec-de-lièvre ?* et ici je ne veux pas entrer dans des différentes époques de l'année, des différents climats.

En général, il vaut mieux opérer les enfants dès les premiers jours qui suivent la naissance, s'ils ont bon aspect, s'ils sont vivaces, et les garder le moins de temps possible dans les salles des hôpitaux ; car, dans le milieu de l'hôpital, les nouveau-nés meurent vite et perdent facilement ; couchés dans les salles à air plus ou moins fermé, ils respirent une atmosphère ordinairement viciée et, semblables à des fleurs délicates, ils se fanent, ils s'étiolent promptement ; on les voit bientôt perdre l'appétit, être pris de diarrhée. Une opération faite dans ces conditions présente bien de faibles chances de succès, si toutefois elle en présente, et le chirurgien doit s'attendre à voir la cicatrisation difficilement se faire, par suite du manque de plasticité des tissus.

La plus forte raison, ne tentera-t-on pas l'opération si l'enfant est envahi par le muquet ? Au contraire, l'enfant est-il bien portant, les chairs reprennent vite et adhèrent promptement, la marche vers la guérison semble être d'autant plus rapide que l'enfant est plus près de la naissance.

Une chose qui est encore à considérer, c'est que, dans le cas de division de la voûte palatine, la réunion des lèvres faite de bonne heure contribue au rapprochement des parties osseuses ou du moins y aide beaucoup.

Un résultat tout opposé se voit dans le cas d'expectation. En effet, vous avez vu des becs-de-lièvre compliqués chez lesquels la langue tend toujours à se porter dans l'ouverture formée par la brèche : elle y élit, pour ainsi dire, droit de domicile, et malheureusement ce n'est pas pour favoriser le rapprochement des parties.

II

Depuis le 26 avril jusqu'au 17 août (1865), M. Giralès a opéré, à l'hôpital des Enfants, une douzaine de becs-de-lièvre.

Quelques-uns des enfants opérés n'ont pas séjourné dans nos salles; aussitôt l'opération faite, les parents les emportaient; seulement, comme ils étaient ramenés temps en temps à la consultation, on a pu surveiller la marche de la cicatrisation, constater, en définitive, le résultat obtenu.

Nous allons rapporter ici neuf observations; à ces neuf observations nous en pourrions ajouter deux ou trois autres qui ont rapport à des becs-de-lièvre tout simple. Nous les énumérons seulement; du reste, ils n'ont fait que passer à l'amphithéâtre de la clinique, le temps de l'opération, et ont été autant de cas de succès.

OBS. I. — Le 26 avril 1865, D... (Auguste-Léon), âgé de 5 jours, entre à la salle Saint-Côme: Il est atteint d'un bec-de-lièvre double (incomplet à droite, néanmoins) et compliqué; la division de la voûte palatine siège surtout à gauche. La langue se loge dans l'écartement assez considérable qui en résulte et remplit l'espace situé entre les lèvres, sous la narine gauche.

Le lendemain, 27. M. Giralès l'opère à la fois des deux côtés, après l'avoir chloroformé. Il déprime le tubercule médian, fait basculer un lambeau à gauche pour rejoindre ce tubercule et pratique la réunion avec des fils d'argent. L'opération réussit bien; mais le lendemain, l'enfant est pris d'érysipèle, envahi par le muguet; les fils se relâchent. — Mort deux jours après.

OBS. II. — Le 30 avril, entre dans la même salle le nommé R... (Adolphe), âgé de 11 ans. Il présente un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec division complète de la voûte palatine. Deux fois déjà on a tenté sur lui la réunion, et deux fois l'opération a échoué, sans améliorer, hélas! la largeur de la brèche; aussi les lèvres sont-elles séparées par un intervalle considérable; deux dents, dont l'une dirigée très-obliquement en bas et à gauche, font saillie dans cet intervalle, à travers lequel on aperçoit facilement l'intérieur des fosses nasales, plutôt de la fosse nasale, jusqu'au fond du pharynx. En un mot, la figure de cet enfant est vraiment horrible; il le sait, et il est déterminé à tout souffrir, pourvu que l'on corrige sa difformité.

Le 2 mai, on procède à l'opération: l'enfant est chloroformé, les deux dents saillantes sont arrachées. M. Giralès, après avoir détaché les lèvres de la brèche du bord alvéolaire, avive à droite, de bas en haut, fait basculer le lambeau taillé à gauche, qu'il amène à la coaptation, relève le lambeau d'avivement du côté droit de la narine gauche, et pratique la suture avec les fils d'argent. L'opération a été suivie d'un résultat qu'on ne pouvait souhaiter meilleur. Les fils d'argent suffirent seuls à maintenir les lambeaux, et cependant quel espace comblé! quel tiraillement! Il faut dire que l'enfant a été d'une docilité remarquable. Les fils restèrent en place pendant au moins vingt jours. En définitive, l'enfant sortait le 4 juin, ne présentant qu'une encochure légère, relativement à la brèche antérieure, et gardant naturellement sa division du palais, à laquelle, du reste, un obturateur remédiera.

Cet enfant a été présenté à la Société impériale de chirurgie, par M. Giralès, dans la séance du 20 septembre, à propos de sa communication sur le procédé de la mortaise.

OBS. III. — M... (Alphonse), âgé de 15 jours, a été opéré avec succès le 4 mai: il présentait un bec-de-lièvre double (toutefois incomplet à gauche), avec un tubercule médian assez saillant. M. Giralès commence par détacher un peu les téguments de l'os incisif, déprime le tubercule, réunit à gauche après le simple avivement (procédé Malgaigne) à droite par le procédé de la mortaise. L'enfant, emporté par sa mère après l'opération, a été

présenté à la consultation plusieurs fois. Ce n'est qu'au bout de quinze jours qu'on a enlevé les fils d'argent, et la dernière fois que nous avons vu l'opéré, il offrait à peine des traces de difformité.

cas. IV. — V... (Armand), né le 12 avril, apporté à la clinique de M. Giraldès, dans les premiers jours de juin, est affecté d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche et compliqué; brèche considérable où se loge la langue et continue avec l'orifice nasal gauche; nez fortement dévié à droite. M. Giraldès l'opère, et supplée à la pauvreté des lambeaux par le procédé de la mortaise. La mère ne laissa pas son enfant à l'hôpital. Les choses allèrent bien, et pendant l'enfant cria beaucoup; il jouissait d'une assez piètre santé, digérait mal, avait de la diarrhée. En dépit de toutes ces traverses, le résultat obtenu est satisfaisant. Les sutures furent enlevées seulement le 29 juin, au bout de quatre semaines; il reste un petit moignon de lambeau sous la narine gauche; un fil aura lâché; ce petit défaut à peine perceptible ne ternit l'éclat du succès obtenu. La mère de l'enfant dit avoir remarqué déjà une diminution sensible dans la largeur de la division palatine.

cas. V. — M... (Émile), né le 5 juin, entre salle Saint-Côme le 7 du même mois. Au premier aspect, ce petit a une figure de vieille femme. Il a un bec-de-lièvre double et pas de becule médian, de sorte que l'orifice buccal est limité latéralement par les tubercules maxillaires; en haut par le nez, en bas par la lèvre inférieure; celle-ci, remontant par sa partie interne, tend à toucher le lobule du nez, de telle façon que l'ouverture buccale a la forme d'un ∞ couché sur le côté (∞); pas de voûte palatine.

L'opération est pratiquée le lendemain 8; les lèvres de la brèche sont réunies, après avoir fait des incisions sous les ailes du nez, et maintenues par des fils d'argent. Les choses allèrent mieux pendant quelques jours, quand l'enfant, épuisé, envahi par le muguet, succomba; et pourtant tout était bien pris, les fils solides en place, la cicatrisation marchait rapidement, et la figure du petit avait complètement perdu l'aspect *vieillot* d'auparavant.

cas. VI. — G... (Marie-Berthe) est présentée à la visite du 4 juillet. Elle est âgée de deux ans et offre un bec-de-lièvre simple. On l'opère ce jour même. L'avivement est pratiqué au moyen d'incisions en parenthèse (procédé de Husson fils *et autres*); des fils d'argent maintiennent les lambeaux au contact. L'enfant n'ayant pas séjourné à l'hôpital, sa mère l'a allaitée plusieurs fois. Tout a bien été; enfin, le 14 juillet, les fils sont enlevés, la cicatrisation est faite, et il n'existe pas d'encochure.

cas. VII. — M... (Marthe), âgée de 13 ans, entre dans le service, le 22 juillet 1865, au service de la salle Sainte-Pauline. Elle présente un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec division incomplète de la lèvre et écartement assez considérable. Au fond de la brèche, on aperçoit un petit pont qui n'est autre que le bord alvéolaire réduit, en cet endroit, à une lame mince et déprimée vers le haut; les bords de la division sont très-épais et très-durs.

Cette jeune fille a été opérée une première fois à l'âge de six semaines, mais sans aucun succès.

Elle est réopérée par M. Giraldès, le 25 juillet, par le procédé de la mortaise. La cicatrisation a bien marché, surtout à la partie inférieure; à la partie supérieure de la réunion, il reste une légère encochure contribuant à agrandir l'orifice nasal gauche.

Les derniers fils ont été enlevés seulement quelques jours avant la sortie (16 août) de la jeune fille, qui présente un des beaux succès de la série.

OBS. VIII. — V... (Virginie), âgée de 18 mois, est apportée, dans les derniers jours de juillet, à la clinique de M. Giralès. — Bec-de-lièvre simple.

Après l'avivement, les lèvres sont rapprochées, des fils d'argent assurent le contact. 21 août les derniers fils sont enlevés. Guérison complète.

Cette petite fille n'a pas séjourné dans nos salles.

OBS. IX. — O... (Augustine), âgée de 6 mois, entre le 17 août, et occupe le n° 30 de la salle Sainte-Pauline. Elle porte un bec-de-lièvre unilatéral droit et compliqué. M. Giralès procède à l'opération le même jour, par la mortaise. Le 20 août, l'enfant sort de l'hôpital en bonne voie de guérison. Quelques jours après, les parents la ramènent, disant qu'elle a beaucoup crié, qu'elle ne veut rien prendre; d'ailleurs, ils paraissent eux-mêmes peu capables de donner à l'opérée des soins intelligents. Toujours est-il que, ce jour-là, la réunion manque à la partie supérieure et menace de manquer aussi à la partie inférieure. Dans les jours suivants, elle se consolide en bas. Le 4 septembre, M. Giralès tente de passer un fil à la partie supérieure, mais l'aiguille ne traverse que des tissus fongueux; il abandonne alors cette tentative, d'autant plus que le petit vice restant sera facilement corrigé plus tard.

L'enfant n'a pas été revue depuis.

Dans le même intervalle de temps, il est entré, en outre, dans le service de enfants atteints de bec-de-lièvre et présentant des vices de conformation très-curieux. — Un petit garçon âgé de huit semaines et une petite fille âgée de deux jours. — L'un ni l'autre n'ont été opérés: ils n'offraient pas de bonnes conditions de viabilité et tous deux, pris de muguet, ont été enlevés rapidement.

Maintenant, qu'il nous soit permis, comme conclusion, de terminer ces lignes par quelques réflexions que nous suggère l'étude des observations précédentes:

1° Le procédé de la mortaise, tel que l'emploie M. Giralès, simplifie beaucoup l'opération du bec-de-lièvre et contribue certainement pour une grande part à la réussite. Nous ne voyons pas de procédé qui lui soit préférable dans les cas d'écartement considérable, dans les cas où il y a pénurie de lambeaux chez des nouveau-nés comme chez des enfants d'une douzaine d'années.

2° La suture à points passés avec des fils d'argent offre un moyen de réunion facile à pratiquer et sûr dans son application, peu importe le procédé dont on se sert pour obtenir la coaptation; on a dû voir que, chez quelques-uns de nos opérés, les fils ont pu rester en place pendant près d'un mois.

3° Enfin, les enfants que l'on a amenés ont été opérés dès les premiers jours qu'ils ont suivi leur entrée, sauf ceux qui ne présentaient pas de chances assez fortes de viabilité. Ainsi, ceux dont nous avons rapporté les observations sont compris dans les âges de deux jours à dix-huit mois: un a été opéré à onze ans, une autre à treize ans.

DE LA
MALADIE KYSTIQUE DU TESTICULE



