

*fistule* ou une *fissure congénitale*. Toutes ces productions ou malformations se rattachent à des perturbations du développement du crâne et de la face. A ce titre elles constituent un groupe tout à fait spécial, n'ayant rien de commun avec les néoplasmes divers constatés à la naissance et qui n'ont de congénital que la date de leur apparition. Tels sont les *fibromes*, les *sarcomes*, et d'autres encore qui ont déjà été étudiés dans notre premier volume.

Comme il me sera impossible d'entrer dans de grands développements, je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur aux ouvrages extrêmement intéressants de Lannelongue où toutes ces questions sont traitées avec une ampleur et une lucidité remarquables.

Qu'il soit bien entendu que je ne m'occuperai que du crâne et de la face et que je laisserai de côté certaines régions et certains organes dont les maladies seront exposées ailleurs. Les anomalies, tumeurs et malformations congénitales des yeux, des oreilles, des mâchoires ne figureront donc pas ici. Parmi celles des lèvres et de la bouche, je ne retiendrai que les *fistules des lèvres*, le *bec-de-lièvre* et les *fissures vélo-palatines*. A peine dirai-je quelques mots des *joues* et de la *région parotidienne*. Le cou, avec ses fistules, ses petites tumeurs solides et ses kystes restera tout à fait en dehors de ce chapitre.

#### I. — TUMEURS DÉVELOPPÉES SUR LE TRAJET DES FENTES EMBRYONNAIRES.

De ce nombre sont les *kystes dermoïdes*, les *fibro-chondromes*, les *fibro-lipomes*, les *angiomes*, les *lymphangiomes* et les *lipomes*.

##### I. — KYSTES DERMOÏDES ET MUÇOÏDES.

Lannelongue divise en trois groupes la grande classe des kystes et des tumeurs mixtes d'origine congénitale. Le premier groupe comprend les cavités kystiques simples, à paroi dermoïde ; le second, les kystes doués des caractères de cette première catégorie et contenant en outre des tissus plus ou moins variés en masses informes ; le troisième, les kystes à contenu complexe où des parties fœtales plus ou moins parfaitement formées se montrent en toute évidence. Les tumeurs kystiques du crâne et de la face appartiennent toutes, ou peu s'en faut, à la première variété. Il n'y a guère d'exceptions à signaler que les cas de Rizet (kyste du sourcil à deux loges), et de Barnes (kyste de la tête du sourcil à deux loges). Habituellement la poche est uniloculaire.

Au point de vue du siège, ils se partagent en kystes développés dans le territoire de l'arc postérieur des vertèbres crâniennes, c'est-à-dire dans le territoire des parties osseuses constitutives de la voûte

crânienne, et en kystes développés dans les arcs viscéraux des mêmes vertèbres ; ceux-ci prennent naissance dans les fissures embryonnaires de la face. Les premiers, ordinairement médians, occupent la ligne médiane du nez, la glabelle, le bregma, l'inion, la partie latérale des régions occipito-pariétales. Les seconds sont répartis dans les régions frontale, sourcilière, orbitaire, palpébrale, génienne, préauriculaire, mentonnière. La pathogénie des deux variétés peut être considérée comme identique, quoique leur point de départ ne soit pas le même.

Il est nécessaire de résumer en quelques lignes les théories par lesquelles on a essayé de se rendre compte jusqu'ici du mode de formation des kystes dermoïdes et mucoïdes (1). La *diplogénèse* serait, d'après Is. Geoffroy Saint-Hilaire, le développement de deux monstres associés ou inclus l'un dans l'autre. Acceptable à la rigueur pour les cas de kystes très complexes (troisième variété de Lannelongue) ou de tératomes solides, elle cesse de l'être pour les kystes des deux premières catégories. On ne peut considérer comme un germe inclus une simple cavité kystique limitée par une paroi où l'on reconnaît les caractères de la peau ou d'une muqueuse, et quelques rudiments de tissus variés n'ayant ni la forme ni l'organisation de parties fœtales.

La théorie de l'*hétérotopie plastique* de Lebert explique la plupart des productions congénitales, par une sorte d'erreur de siège. Elles seraient *autogènes* et *spontanées*, donc absolument accidentelles. Cette théorie, formellement repoussée par Lannelongue, donne l'impression du hasard mis en formule et érigé en loi. Par là même, elle est choquante et peu philosophique.

Reste la théorie de l'*enclavement*, dont la paternité appartient sans conteste à Verneuil qui l'a développée à plusieurs reprises, en 1852, 1855, 1863 et 1877. Qu'on suppose une partie du tégument *cutané* restant en arrière du développement des tissus qui l'environnent, peu à peu elle s'y trouve profondément encastrée, entourée, enclavée. Elle n'est plus retenue à la surface que par un tractus épithélial destiné à disparaître. A l'origine, la petite masse épithéliale est simplement une involution de l'épiblaste (Lannelongue). Cette théorie a pour elle sa simplicité, la démonstration expérimentale des greffes épithéliales sur l'iris (Masse), et son application facile à tous les cas d'anomalies et de monstruosité peu compliquées. Avec la *diplogénèse par inclusion*, elle répond à peu près à tous les cas, sauf ceux où des difficultés exceptionnelles d'interprétation excluent à peu près toutes les théories proposées jusqu'à ce jour.

**Anatomie pathologique.** — L'épithète *dermoïde* rappelle que la paroi des kystes congénitaux par enclavement a une constitution

(1) Voy. *Traité de Chirurgie clinique*, t. I, p. 679, *Des tumeurs hétérotopiques*.

anatomique très analogue à celle de la peau. Dans les plus simples d'entre eux, elle est formée d'une couche fibreuse externe, ordinairement dépourvue de papilles et de nerfs, et d'une couche épithéliale interne stratifiée. Le plus souvent cet épithélium est pavimenteux ; mais Lannelongue a constaté que, dans certaines cavités dont la formation doit se rattacher à l'enclavement du tégument muqueux, l'épithélium est cylindrique et même cylindrique vibratile. A cette variété de kystes il a donné le nom de *mucoïdes*. Une troisième variété, qu'on peut appeler *dermo-mucoïde*, est remarquable par la coexistence de l'épithélium pavimenteux et de l'épithélium cylindrique vibratile ou non vibratile.

F. Kœnig (1) a récemment reconnu que, dans certains kystes dermoïdes, le revêtement épithélial manque par places. Dans ces points la paroi possède une coloration brune, et l'on y trouve un grand nombre de cellules géantes dont le rôle consisterait à englober et à reprendre les éléments fournis par la surface interne du kyste : graisse, suif, chaux, écailles d'épithélium corné, poils, résidus d'hémorragies.

Au crâne et à la face, on n'observe guère que des kystes dermoïdes. La variété mucoïde ne serait représentée, d'après Lannelongue, que par un cas de tumeur intra-orbitaire.

A un degré d'organisation plus élevé, apparaissent les papilles, les follicules pileux, les glandes sébacées et quelquefois, très rarement, des glandes sudoripares. Des poils follets, très fins, ou de longs poils bien développés couvrent par touffes ou uniformément la face interne de la paroi. Une fois, par exception, on y a trouvé une dent.

Le contenu du kyste varie considérablement. Il ressemble, lorsqu'il est franchement liquide, à du sirop légèrement teinté en jaune ou en brun, à du mucus, à de l'huile, et lorsqu'il est plus dense ou tout à fait solide, à du miel, à de la châtaigne bouillie, à du suif. Dans ce contenu baignent des poils follets libres ou des poils assez fermes, visibles à l'œil nu ou seulement à la loupe.

**Topographie.** — Au point de vue de leur répartition, les kystes dermoïdes du crâne et de la face occupent certains points, toujours les mêmes, commandés par les lois de l'embryologie. Je les diviserai avec Lannelongue en deux classes : ceux qui sont développés dans le territoire des arcs postérieurs des vertèbres crâniennes, et ceux qui ont pris naissance dans les arcs viscéraux des mêmes vertèbres, à savoir dans les fissures embryonnaires de la face.

**A. Kystes dermoïdes d'origine crânienne.** — Presque toujours médians, ils occupent le dos du nez, la *glabelle* (suture des os du nez et du frontal), le *bregma* (point de rencontre médian des sutures fronto-pariétale et sagittale), et l'*inion* (point de rencontre

(1) F. KOENIG, Beitrag zur Anatomie der Dermoïd und Atheromeysten der Haut (Arch. für klin. Chir., Bd XLVIII, S. 164).

médian des sutures occipito-pariétale et sagittale). Aux dix faits de kystes médians du nez rapportés par Lannelongue (fig. 134), je puis en ajouter un personnel (kyste de la partie moyenne du nez). « Ils sont le résultat, dit Lannelongue, de la transformation d'une fistule congénitale en kyste ; ils proviennent de l'extrémité du sillon médian postérieur de l'embryon, et c'est l'évolution du bourgeon frontal qui les porte en bas et en avant. » Ils se sont toujours montrés munis



Fig. 134. — Kystes médians du nez (pointe et dos) réunis schématiquement sur un même sujet (d'après Lannelongue). Fig. 135. — Kystes de la glabelle, du front et du bregma réunis schématiquement sur un même sujet (d'après Lannelongue).

d'un orifice fistuleux cutané par lequel s'échappent quelques poils fins. Ils occupent la pointe et le dos du nez.

Les kystes de la glabelle sont rares ; on n'en connaît guère que cinq ou six cas, entre autres celui qui m'est personnel. Ici pas d'orifice fistuleux comme au nez ; la peau glisse facilement sur la tumeur (fig. 135).

Les kystes médians ou presque médians du front, assez rares aussi, représentent une transition entre ceux de la glabelle et ceux du bregma.

Les kystes dermoïdes du bregma figurent au nombre de dix-neuf dans le Traité de Lannelongue. Antérieurement, Prescott Hewett et A. Wernher s'étaient particulièrement occupés de cette question. On a vu certaines de ces tumeurs acquérir le volume d'une orange,

mais exceptionnellement. Les kystes de l'inion (fig. 136), présentent cette particularité importante qu'ils sont presque toujours intracrâniens; ils peuvent être en même temps superficiels et profonds (1). Les intracrâniens ou la portion profonde des kystes mixtes occupent toujours, du moins à l'origine, la fosse cérébelleuse. Les quelques cas réunis par Lannelongue offrent des particularités communes, que nous indiquerons plus loin.

Deux cas de kystes latéraux extracrâniens développés dans la région occipitale, et une observation de kyste intracrânien latéral siégeant

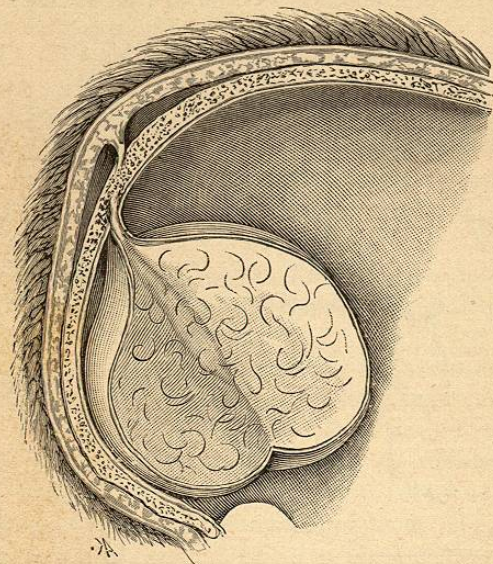


Fig. 136. — Kyste dermoïde intracrânien. — La figure montre une coupe verticale du kyste et de la paroi crânienne. La cavité est remplie de matière sébacée et de poils enroulés. Un prolongement de la paroi du kyste, confondu avec la dure-mère, pénètre dans l'occipital; d'autre part le cuir chevelu émet par sa face profonde un ligament fibreux qui pénètre aussi dans l'occipital dans la direction du pédicule du kyste, comme pour témoigner de la continuité primitive du kyste avec la peau.

entre la dure-mère et l'occipital, au niveau de la suture occipito-pariétale, complètent la série des tumeurs dermoïdes ayant pris naissance dans le territoire des arcs postérieurs des vertèbres crâniennes.

**Anatomie pathologique.** — Aux notions exposées plus haut et relatives à toutes les variétés de kystes dermoïdes envisagées au point de vue de la structure de leur paroi et de leur contenu, j'ajouterai que certains de ceux de l'inion renferment quelquefois un

(1) TILLAUX et WALTHER, *Compte rendu du VII<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 787.

liquide séreux ou presque séreux, dans lequel baignent les éléments caractéristiques, boue épithéliale, poils. Un point important reste à examiner, ce sont les rapports de ce premier groupe avec le squelette.

Les kystes du nez, surmontés par le court trajet fistuleux que Lannelongue regarde comme constant, adhèrent intimement aux os nasaux, souvent à leur jonction avec les cartilages. On a noté une fois un trajet profond remontant jusqu'à la racine du nez (Bramann). Les kystes de la glabelle sont habituellement sessiles et logés dans une dépression du squelette que leur pathogénie permet de considérer comme primitive et non due à l'usure par la tumeur. Dans une observation personnelle, un pédicule grêle rattachait celle-ci à l'os sous-jacent.

Avec les kystes du bregma et ceux de l'inion, une particularité nouvelle apparaît : non seulement le squelette est déprimé en godet, mais il peut manquer entièrement vers le milieu de la logette, et la paroi du kyste est en contact direct avec la dure-mère. La séparation des deux membranes est cependant possible. Lorsque les kystes de l'inion sont intracrâniens, ils sont reliés à la dure-mère par un pédicule fibreux qui se prolonge dans l'os, et il peut en exister un autre, extérieur au crâne, étendu obliquement du périoste à l'aponévrose épicroânienne. (Lannelongue.)

Notons encore comme caractère remarquable de ces tumeurs développées aux dépens des arcs postérieurs des vertèbres crâniennes, qu'elles acquièrent parfois des dimensions inconnues du côté des tumeurs analogues nées des fissures embryonnaires (volume d'une pomme, d'une orange).

**Symptomatologie et diagnostic.** — Ce premier groupe se signale par la précocité du développement. C'est souvent dans les premiers mois de la vie qu'on voit ces tumeurs apparaître et grossir. Ceci est vrai surtout pour les kystes du bregma et de l'inion. Ceux du nez et de la glabelle se rapprochent davantage, par leur marche, de ceux de la face. Petits, ils sont ovoïdes et habituellement fixes; plus volumineux, ils tendent à devenir hémisphériques. Trois fois Lannelongue a noté dans des kystes du bregma une *transparence* parfaite. Ceux qui sont en contact avec la dure-mère peuvent être animés de battements. L'infection et la suppuration sont des complications propres aux tumeurs fistuleuses du nez.

Les kystes dermoïdes se distinguent des *kystes sébacés* par la mobilité des téguments et par leur adhérence au squelette; des méningo-encéphalocèles et des méningocèles par leur irréductibilité et le défaut de tout phénomène nerveux, sauf le cas où il existe en même temps une portion interne; des petits lipomes congénitaux du crâne et de la région frontale par leur régularité plus grande et leur fluctuation plus ou moins élastique, généralement assez nette.

**Traitement.** — Un seul peut être conseillé, l'extirpation aussi

complète que possible par dissection et rugination de la surface osseuse. On se méfiera des trajets fistuleux profonds et des rapports avec la dure-mère qui rendent l'opération plus délicate, mais non impraticable. Les cas de Lannelongue en font foi. Quant aux kystes intracrâniens, leur traitement exige l'ouverture large du crâne par la trépanation (1). Dans le cas de Walther, on avait d'abord ouvert une cavité superficielle qui était restée fistuleuse; Walther trépana alors l'occipital et découvrit une poche profonde qui ne put être extirpée. Elle se rétracta peu à peu, et les phénomènes nerveux disparurent.

**B. Kystes fissuraires de la face.** — Beaucoup plus fréquents que les précédents, les kystes fissuraires de la face ont été l'objet de



Fig. 137. — Kystes de la queue du sourcil et de la joue réunis schématiquement sur un même sujet (d'après Lannelongue).

nombreux travaux. On les observe le plus communément aux environs de la queue du sourcil (fig. 137), à l'angle interne de l'orbite, aux paupières, sur les parties latérales du front et, exceptionnellement, au milieu du sourcil, dans la région temporale, à la joue (fente intermaxillaire); au voisinage de l'oreille on en a noté un certain nombre, spécialement dans la région pré-auriculaire et dans le creux parotidien. Ceux de l'orbite ont été étudiés par A. Terson à l'occasion des maladies de l'œil et de la cavité orbitaire. Les autres le seront plus loin (2).

**Anatomie pathologique.** — Habituellement ces tumeurs liquides de la face réalisent sous tous les rapports le type classique du kyste

dermoïde simple; seuls certains cas s'en éloignent, tels l'observation de Verneuil (cavité principale flanquée de plusieurs autres petites cavités accessoires), poche double (Rizel), et un cas déjà mentionné de poche contenant une dent (kyste de l'orbite). Rien à dire de particulier de la paroi; elle est dermoïde, sauf une exception (Lannelongue, kyste mucoïde de l'orbite), plus ou moins parfaite au point de vue de ses analogies avec la peau, tantôt dépourvue, tantôt munie de follicules pileux et de glandes sébacées ou même de rudiments de glandes sudoripares.

Le contenu est remarquable par sa variété: liquide presque séreux dans lequel baignent des amas d'épithélium desquamé, boue épithéliale ayant les apparences d'un sirop plus ou moins épais, du

(1) Voy. CHIPAULT, *Traité de Chir. clinique*, t. IV, p. 548.

(2) Voy. MORESTIN, *Parotide et Creux parotidien*, *Ibid.* t. VI.

miel, du suif, parfois huileux, jaune et fluide. J. Cruveilhier avait déjà attiré l'attention sur cette dernière particularité, qu'il faut encore considérer comme rare, eu égard à la vulgarité des kystes péri-orbitaires, et surtout de ceux de la queue du sourcil. Quatre fois on a trouvé dans la poche une petite concrétion dure qui, dans l'observation de Trélat, la seule où l'examen histologique ait été pratiqué, était formée de tissu osseux.

Les rapports avec le squelette sont beaucoup plus variables que pour les kystes d'origine crânienne. Très souvent sessiles, adhérents profondément à la substance osseuse elle-même, recouverts par le périoste qui se confond avec leur paroi, peu saillants et faiblement convexes, ils sont aussi arrondis, presque ou tout à fait sphériques, mobiles au sein des tissus et sous les couches tégumentaires et musculaires qui les couvrent; ils sont alors reliés à un point osseux par une petite étendue de leur paroi ou par un pédicule fibreux parfois tellement grêle qu'il ressemble à un fil dont la longueur peut atteindre 0<sup>m</sup>,02 ou 0<sup>m</sup>,03. J'ai rencontré deux fois cette dernière disposition (kyste palpébral et kyste frontal). Certaines de ces tumeurs, superficielles en apparence, ont en réalité un prolongement très profond. Ce fait est fréquent pour l'orbite. Verneuil a constaté, sur son malade atteint de kyste intermaxillaire, un prolongement remontant très haut entre le maxillaire supérieur et la branche ascendante du maxillaire inférieur. Deux fois dans l'orbite on a noté l'absence du squelette et la présence de la dure-mère immédiatement au-dessous de la paroi. (Richard et Prescott Hewett.)

**Symptomatologie et diagnostic.** — Les kystes dermoïdes de la face restent imperceptibles pendant un long temps, ou bien font sous les téguments un relief insignifiant; puis, sous l'influence d'une circonstance accidentelle, traumatisme, pressions ou frottements réitérés, maladie interne, surtout à l'époque de la puberté, ou sans cause aucune, ils se mettent à grossir. Leur augmentation est beaucoup plus tardive que celle des kystes d'origine crânienne. Pour beaucoup, elle est tellement insensible qu'elle n'attire pas l'attention. C'est souvent entre douze et vingt ans que les malades en parlent à un médecin. Après un faible développement, il n'est pas rare qu'ils restent stationnaires pendant tout le reste de l'existence.

Ils ne sont douloureux que si un choc y a provoqué de l'inflammation, ou s'ils sont en rapport intime avec quelque filet nerveux qui supporte mal leur contact. Ils n'occasionnent guère que de la gêne, lorsqu'ils occupent certaines régions telles que l'orbite ou le front. Le refoulement de l'œil, même peu accentué, la pression du chapeau sont désagréables aux malades et leur font désirer l'opération, sans compter la coquetterie qui entre largement en ligne de compte chez les jeunes sujets. Leurs dimensions, comprises le plus souvent entre celles d'une lentille et d'un demi-œuf de pigeon, vont très rarement

au delà. Leur forme est subordonnée à leurs rapports avec le squelette; très peu convexes, saillants à la façon d'un verre de montre lorsqu'ils sont sessiles, ils deviennent presque sphériques à mesure que leur pédicule s'allonge.

Il suffit de bien connaître les points où les tumeurs de ce genre peuvent siéger pour que le *diagnostic* en soit généralement facile. J'ai dit plus haut qu'il fallait songer aux kystes sébacés, qui sont intratégumentaires et reliés à la peau au moins par une adhérence limitée, tandis que leur face profonde est mobile dans tous les sens sur le squelette. Même lorsque leur pédicule est long, la *mobilité* des kystes dermoïdes est *limitée* ou dans toutes les directions, ou dans une seule. Les productions que l'on confond le plus facilement avec elles sont certainement les lipomes congénitaux; ceux-ci sont moins réguliers à leur surface, moins fluctuants, mais en réalité l'erreur est parfois difficile à éviter.

**Traitement.** — L'extirpation des kystes dermoïdes n'est pas indispensable dans tous les cas. Elle ne le devient que si leur volume augmente notablement et s'ils occasionnent une gêne véritable. Il est permis cependant d'en pratiquer l'ablation chez tout sujet qui la réclame; mais on fera bien de prévenir les jeunes filles que celle des kystes très largement sessiles et assez profondément enclavés dans le frontal peut laisser à sa suite une cicatrice quelque peu adhérente et déprimée. Ici, en effet, comme précédemment, la condition du succès est l'extirpation totale de la poche. Pour les kystes très adhérents au squelette, elle nécessite la rugination et par conséquent la dénudation du tissu osseux. Les rapports intimes de certains kystes intra-orbitaires avec la dure-mère commandent des précautions spéciales.

## II. — TUMEURS SOLIDES D'ORIGINE FISSURAIRES.

Il nous faut quitter le domaine des faits classiques pour rentrer dans celui des exceptions.

**A. Fibro-chondromes et fibro-lipomes.** — Sous le nom de *fibro-chondromes* et de *fibro-lipomes branchiaux*, on connaît de petites tumeurs piriformes, pédiculées, qui prennent naissance sur les bords des fissures embryonnaires et qui, après la soudure de ces bords, font saillie à la surface des téguments dans des points correspondant à ces fissures. On en a rencontré sur la ligne médiane du nez, depuis la sous-cloison jusqu'à la racine, à la face interne de la joue, de la lèvre inférieure, en avant de l'oreille et sur le trajet d'une ligne réunissant le tragus à la commissure labiale. Les fibro-chondromes sont beaucoup plus fréquents que les fibro-lipomes; ceux-ci sont exceptionnels.

Ces petites tumeurs, dont Lannelongue a pu réunir plus de vingt

exemples, ont des dimensions comparables à celles « d'une tête d'épingle, d'un grain de riz, d'un pois ». Elles sont cylindriques, coniques, et, plus souvent encore, elles ont la forme d'une petite massue insérée aux téguments par son manche. Leur hauteur ne dépasse guère 7 à 8 millimètres.

Peu résistants à leur surface, les fibro-chondromes ont une consistance ferme à leur centre qui est occupé par un noyau cartilagineux, ou par une sorte de tige du même tissu, parfois bifurquée, qui leur donne une certaine raideur; ils reviennent à leur position ordinaire lorsqu'on les en écarte, tandis que les fibro-lipomes se laissent facilement déplacer dans tous les sens. En avant de l'oreille ils peuvent présenter une structure assez compliquée.

D'après Bl. Sutton, ces fibro-chondromes seraient « des tubercules embryonnaires de l'oreille externe qui ne se seraient pas réunis à l'ensemble de ces tubercules » (Lannelongue). Il faudrait interpréter les choses autrement, d'après Lannelongue. « Le pavillon de l'oreille naît, ainsi que His l'a démontré, de la réunion de six tubercules développés d'abord isolément autour de l'extrémité supérieure de la première fente branchiale. Les fibro-chondromes étant, comme l'oreille, situés sur le trajet des fentes branchiales, il y a tout lieu de penser que ces deux productions embryogéniques, l'une normale, l'autre anormale, proviennent toutes deux d'un bourgeonnement des fentes branchiales.

Le *diagnostic* de ces petites tumeurs ne peut offrir aucune difficulté, du moment qu'on en connaît l'existence et la nature. Il n'y a aucun inconvénient à les extirper si les intéressés ou leur famille désirent ou acceptent l'intervention.

**B. Angiomes, lymphangiomes, lipomes.** — Beaucoup d'*angiomes* sont congénitaux, et ceux-là paraissent se développer sur le trajet des fissures embryonnaires. C'est pourquoi Virchow les a appelés *angiomes fissuraires*. Je n'ai pas à revenir sur leur histoire déjà présentée avec tous les développements nécessaires (1).

Pour les *lymphangiomes*, l'origine congénitale serait encore plus fréquente, d'après Pierre Delbet (2). Ces faits sont moins connus. A la face on en a observé aux paupières (Th. Beck, Walsberg, von Graefe), aux joues (Lannelongue), aux lèvres (Pétrequin, Holmes, Blot, Billroth, Dolbeau) et particulièrement à la lèvre supérieure. La macroglossie sera étudiée plus loin. Pierre Delbet, supposant à ces tumeurs la même pathogénie qu'à certains angiomes, propose de les nommer *fissuraires*.

La portion hypertrophiée forme un bourrelet d'une dureté élastique. Les cris, les efforts n'augmentent pas les dimensions de la tumeur; elle est irréductible. N'étant pas encapsulée, elle n'a pas

(1) PIERRE DELBET, *Traité de Chir. clinique et opératoire*, t. I, p. 439.

(2) PIERRE DELBET, *Ibid.*, p. 469.

des limites très précises. Elle augmente lentement, sauf au moment de la puberté. Les lymphangiomes de la langue font exception.

Ces tumeurs peuvent être extirpées, au moins partiellement, lorsqu'elles sont assez bien limitées et peu étendues; mais le traitement par l'électrolyse doit être recommandé avant tout autre. Il doit pouvoir procurer d'aussi bons résultats que contre les hémangiomes.

Il y a plusieurs sortes de *lipomes congénitaux*. Ceux qui proviennent de la transformation d'un angiome et qu'on désigne sous le nom d'*angio-lipomes* sont maintenant bien connus. Il en a déjà été question dans cet ouvrage (t. I, p. 548). Constitués par des restes plus ou moins reconnaissables, plus ou moins importants, d'hémangiomes, et par du tissu adipeux, ils peuvent être considérés, eux aussi, comme étant d'origine fissuraire. J'en ai observé un cas fort intéressant, à la face interne de la joue droite, sur une petite fille de sept à huit ans. Quoique la tumeur eût grossi surtout depuis quelques mois, son début avant la naissance m'a semblé très vraisemblable, d'après les renseignements fournis par les parents. Dans cette tumeur étaient associés les signes des angiomes et des lipomes. Un traitement par l'électrolyse en amena la guérison en une douzaine de séances. Je ne sais si elle s'est maintenue.

Certains cas sont d'une interprétation plus difficile. La figure 138 représente une petite fille de trois ans qui était atteinte d'un fibrolipome diffus de la joue gauche et de la moitié correspondante des lèvres, d'origine congénitale. Il n'y avait trace d'un angiome ni à la surface de la peau ou de la muqueuse, ni dans l'épaisseur du tissu de la tumeur. Celui-ci, formé de grains adipeux serrés, était homogène et n'offrait nulle part un réseau lacunaire rappelant la structure du tissu érectile ou celle d'un lymphangiome. Pourtant je trouve assez rationnel de penser que ce lipome était un lipome de transformation et qu'il avait dû prendre naissance au niveau de la fissure intermaxillaire. J'ai fait à cette enfant une opération consistant dans la dissection de la tumeur en pleine joue (dissection rendue difficile par les adhérences à la peau et aux parties profondes), et dans l'excision d'une portion triangulaire de la joue et d'une partie des lèvres. Le résultat ne fut pas mauvais, mais une opération de perfectionnement eût été utile. Je n'ai pas revu la petite malade.

A côté des lipomes des parties molles, qui paraissent rares à la face, il y en a dont les rapports intimes avec le système osseux font une classe très spéciale; ce sont les *lipomes ostéopériostiques* de Lannelongue. On en a observé quelques-uns à la voûte du crâne, dans la région fronto-pariétale (Lannelongue), sur la suture sagittale (Sydney Jones), au front (Heyfelder, Fehleisen, Reclus, Duplay), à l'occiput (Seering, Heineke). D'autres faits, plus vaguement désignés sous le nom de lipomes sous-épicrotiniens, ont été rapportés par Blaud, Sutton et Nancrede.

J'ai opéré l'an passé un jeune homme qui portait dans la partie latérale gauche du front une petite tumeur ressemblant énormément à un kyste dermoïde. C'était une petite tumeur plutôt encore tératoïde que lipomateuse et qui devait être constituée de tissus embryonnaires.

Ces tumeurs ont ceci de particulier qu'elles ont les mêmes sièges que les principales variétés de kystes dermoïdes décrites plus haut, qu'elles sont sous-aponévrotiques ou sous-musculaires et qu'elles ont avec les os des rapports plus ou moins intimes. Dans le cas de Lannelongue, le tissu adipeux avait dû naître dans le frontal lui-même, car cet os était creusé d'anfractuosités aréolaires dans lesquelles la tumeur était comme enracinée. Dans d'autres cas, des adhérences serrées ou lâches représentent les connexions du tissu adipeux et du squelette.

Lorsqu'elles sont volumineuses, ces tumeurs sont faciles à reconnaître par leurs caractères vulgaires; lorsqu'elles sont petites elles ne diffèrent guère des kystes dermoïdes que par le défaut de fluctuation vraie et par la régularité moins grande de la surface. Leur développement parfois rapide pourrait les faire prendre pour une production maligne. Leur extirpation n'est contre-indiquée que par l'âge trop tendre des sujets. Heyfelder a perdu un petit opéré âgé de quinze jours.

Je ne dirai rien des *fibromes* ni des *sarcomes congénitaux*; ils ne se signalent pas par des particularités autres que les circonstances et la date de leur formation.



Fig. 138. — Lipome congénital de la joue et des lèvres (cas personnel).

## II. — MALFORMATIONS PAR DÉFAUT DE SOUDURE DES BOURGEONS EMBRYONNAIRES DE LA FACE.

Ces malformations sont de deux sortes : le défaut de soudure donne lieu à des *fistules* et à des *fissures*. Les premières sont des trajets terminés le plus souvent en cul-de-sac, parfois d'une longueur imprévue, qui s'ouvrent à la surface des téguments cutané et muqueux, siégeant plus souvent au cou que dans n'importe quelle autre région; les secondes s'observent à la face et se partagent en