

mieux s'en tenir à la prothèse. Grâce aux efforts de Baizeau, de Langenbeck, d'U. Trélat⁽¹⁾, d'Ehrmann, l'urano-staphylorrhaphie est devenue une opération bien réglée, qui donne dans la très grande majorité des cas d'excellents résultats. Elle a donc pris définitivement le pas sur la prothèse.

Il reste toutefois des cas où la prothèse est indiquée. Il existe, en effet, des divisions trop larges pour être comblées, et en particulier il en est assez souvent ainsi pour les fissures bilatérales complètes; de même, on sera trop heureux de se rabattre sur la prothèse quand l'opération aura totalement échoué, avec gangrène des lambeaux. Il faut reconnaître que, dans ces conditions, on pourra obtenir de la prothèse des résultats remarquables, et que depuis une vingtaine d'années, la construction des appareils a fait de grands progrès. Les pièces que l'on fabrique actuellement, et dont la description est vraiment trop spéciale pour être donnée ici, tiennent bien en place, n'ulcèrent pas la perforation, n'ébranlent pas les dents, sont munis d'un voile du palais artificiel souple et mobile, permettent une phonation parfois étonnamment correcte. Mais néanmoins ils gardent des inconvénients sérieux : ils sont une servitude des plus ennuyeuses, de temps à autre on en voit tomber dans les voies aériennes ou dans l'œsophage; enfin il est incontestable qu'en moyenne leur résultat phonétique est inférieur à celui de l'urano-staphylorrhaphie. C'est donc l'opération sanglante qui est la méthode de choix.

a. *Procédés opératoires.* — Je me bornerai à mentionner, à titre purement historique, les procédés par décollement et par renversement; ils conduisent à peu près constamment à l'échec. Le seul procédé aujourd'hui employé est celui qui, indiqué par Dieffenbach,

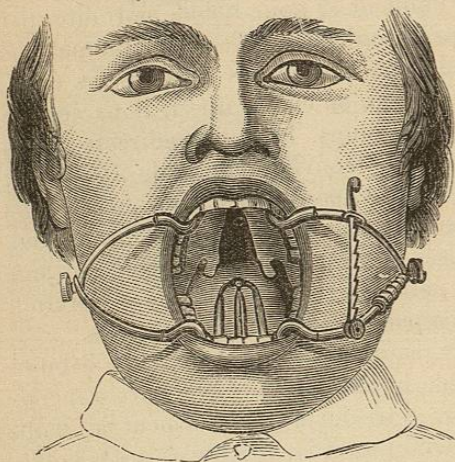


Fig. 55. — Position du bâillon ouvre-bouche.

par Avery, a été régularisé et vulgarisé par Baizeau, par Langenbeck, par U. Trélat. C'est le procédé en *double pont*, que seul je vais décrire, sommairement d'ailleurs. J'ajouterai quelques mots sur le procédé où Lannelongue a imaginé de prendre un lambeau sur la cloison nasale⁽²⁾.

Pour pratiquer l'urano-staphylorrhaphie, on chloroformise constamment le sujet; pendant longtemps, on l'opérait assis, et par conséquent éveillé; mais, depuis quelques années, on a pris l'habitude de le mettre dans le décubitus dorsal, la tête pendante hors du bord de la table. De la sorte, on peut l'endormir, on est à l'aise pour

opérer et pour arrêter l'hémorragie; d'autre part, le sang ne passe qu'en petite quantité dans l'œsophage et dans la trachée⁽³⁾. Le sujet étant ainsi placé, le

⁽¹⁾ BAIZEAU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857-1858, t. VIII, p. 515. — LANGENBECK, *Arch. f. klin. Chir.*, 1861, t. II, p. 205; 1864, t. V, p. 951. — U. TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, 2^e série, t. VII, p. 426; 1877, nouv. série, t. III, p. 440. *Revue de chir.*, 1885, p. 97; 1886, p. 89.

⁽²⁾ Je signalerai seulement le lambeau ostéoplastique de Fergusson. Cet auteur mobilise au ciseau la lame palatine osseuse. Voy. LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 467.

⁽³⁾ ROSE, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1879, t. XXIV, p. 429.

chirurgien s'assied derrière sa tête et, à l'aide d'un bâillon, écarte les arcades dentaires; la pose régulière du bâillon est toujours délicate. On a inventé une grande quantité de bâillons plus ou moins complexes, avec abaisse-langue : je me sers toujours, sans aucune gêne, du simple ouvre-bouche à crémaillère.

La *staphylorrhaphie* convient aux divisions limitées au voile du palais. Elle peut consister en un simple avivement suivi de suture. L'avivement, assez aisé, se fait au bistouri plutôt qu'aux ciseaux; il doit être bien complet. On a eu de la sorte quelques succès pour de très petites divisions, mais presque toujours si l'on se bornait, après cela, à suturer directement, la suture serait soumise à des tiraillements qui compromettraient le succès. Aussi, dès les premières tentatives, Dieffenbach, Roux ont-ils recommandé de faire latéralement des incisions libératrices; Fergusson a conseillé de sectionner les muscles péri-staphylins internes, et Sédillot a prescrit de toujours couper : 1^o les péri-staphylins par une incision située de chaque côté à 1 centimètre en dehors et au-dessus de la base de la luette; 2^o les piliers antérieurs et postérieurs. Le mieux est de libérer plus hardiment encore, à l'aide de deux longues incisions latérales par lesquelles, avec la rugine, on fait contre l'apophyse ptérygoïde un décollement semblable à celui de l'uranoplastie. Les deux moitiés du voile deviennent de la sorte flottantes et aisées à rapprocher par la suture. Cette suture est semblable à celle de l'uranoplastie.

L'uranoplastie en double pont est toujours, lorsqu'elle est appliquée aux fissures congénitales, une *urano-staphylorrhaphie*⁽¹⁾.

L'avivement est semblable à celui de la staphylorrhaphie. Il lui est même identique pour les divisions n'entamant que la partie postérieure de la voûte osseuse. Il nécessite seulement des précautions et des instruments spéciaux lorsque la fissure arrive juste derrière le bord alvéolaire. Alors il est très difficile de bien aviver l'angle antérieur, peu accessible à la vue et aux instruments.

L'avivement une fois terminé, on trace de chaque côté une incision libératrice qui longe le rebord alvéolaire, tout contre le rebord gingival : de la sorte, on ne coupe pas l'artère palatine postérieure. On a soin, en outre, de faire commencer l'incision aussi en arrière que possible, en contournant la dernière molaire, et de lui faire dépasser en avant l'extrémité antérieure de la fissure. En arrière, la pointe du bistouri doit être envoyée bien à fond, contre l'apophyse ptérygoïde. L'incision une fois tracée, on décolle complètement, à l'aide d'une rugine courbe spéciale, la face supérieure du lambeau rectangulaire ainsi circonscrit, en insistant avec soin sur la libération en arrière. Les lambeaux sont, à diverses reprises, approchés l'un de l'autre sur la ligne médiane : quand ils se touchent sans tension aucune, on cesse la libération et on place les points de suture.

Pour cette suture, on a inventé toute une série de chasse-fils, d'aiguilles spéciales. L'aiguille de Trélat est incontestablement la plus simple et la plus commode. Le mieux est d'employer des fils d'argent pour le palais et pour le voile; quelques chirurgiens mettent deux points de fil de soie sur la luette, mais le fil d'argent y est très bon. Pour tordre les fils d'argent, on a inventé un instrument spécial, le *tord-fils*. Avec de l'habitude, on arrive à les tordre presque tous sans cela, simplement avec les doigts.

⁽¹⁾ Les résultats de ma pratique, d'après mes 29 premières observations (sur 25 malades), ont été publiés dans la *Revue de stomatologie*, 1895, n^o 11.

Au cours de l'opération l'hémorragie est notable, surtout au moment des incisions libératrices. La compression bien exercée en vient toujours à bout, même quand l'artère palatine est coupée.

J'ai décrit jusqu'à présent l'opération pratiquée en une seule séance. Certains chirurgiens ont conseillé, autrefois surtout, d'opérer *en deux séances*, de réparer le palais d'abord, puis le voile. Cette conduite n'a pas prévalu. J'en dirai autant de celle qui consiste à pratiquer en une première séance le décollement des lambeaux, puis, quelques jours plus tard, l'avivement et la suture; d'après ma pratique et celle de tous les chirurgiens réellement exercés à l'urano-staphylorrhaphie, c'est une complication inutile. Elle n'a sa raison d'être que si, comme J. Wolff (de Berlin), on veut opérer les enfants tout jeunes: ce chirurgien conseille même, si l'enfant est très jeune, de libérer chaque lambeau en une séance spéciale, à un jour d'intervalle; l'avivement et la suture sont faits cinq jours plus tard.

Le *procédé de Lannelongue* consiste à tailler sur la cloison nasale un lambeau rectangulaire, adhérent par son bord inférieur autour duquel on lui fait décrire un quart de cercle. De la sorte il devient horizontal, face cruentée en haut, et son bord est suturé à la lèvre externe, avivée, de la fissure. Ce procédé, qui a donné à Lannelongue trois succès, peut être quelquefois utile contre les fissures unilatérales où la lame palatine fendue est trop étroite pour fournir au procédé en double pont un lambeau assez étoffé, et il sera sans doute applicable à certaines perforations bilatérales, sans cela inopérables⁽¹⁾, mais je n'ai jamais eu besoin d'y recourir.

b. *Soins consécutifs*. — Le pansement, cela va sans dire, est nul. Mais les soins consécutifs ont une grande importance dans la réussite. L'opéré doit garder un silence absolu, ne se nourrir d'abord que de boissons, puis de bouillies. Mais pour obtenir un succès certain, il faudrait être en mesure d'assurer l'antisepsie buccale. Sans cela on est toujours exposé à voir la suture échouer en totalité ou en partie, ou les incisions libératrices suppurer abondamment et rester fistuleuses, ou même les lambeaux se sphacéler. La désunion partielle laisse après elle une perforation qui presque toujours se comble d'elle-même par réunion secondaire et en tout cas est toujours opérable: la nécessité des opérations successives ne nuit pas au succès définitif. La désunion totale laisse le champ libre à une seconde intervention, mais la gangrène oblige à recourir à la seule prothèse. Elle est rare, sans doute, et presque toujours la septicité ne se traduit que par un liséré diphtéroïde et ulcéreux de la ligne suturée; mais elle est encore trop fréquente. Or, et cela se conçoit de reste pour qui sait combien de microbes habitent la bouche et les fosses nasales, les lavages avec des solutions de naphthol, d'acide borique, de chloral ne sont pas toujours maîtres de cette infection; quand apparaît l'exsudat diphtéroïde, on ne l'enraye guère en touchant la ligne blanchâtre avec un antiseptique, le naphthol camphré par exemple. Peut-être la désinfection préalable et prolongée des fosses nasales — chez ces sujets où le coryza est si fréquent — jouerait-elle un rôle important.

Plusieurs fois j'ai vu par la fissure des paquets de végétations adénoïdes recouverts de muco-pus et j'ai eu soin de les couper quelques semaines avant de réparer le palais. D'autre part, j'ai coutume de faire extraire à l'avance les dents atteintes de carie pénétrante.

(1) LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1872, 5^e série, t. I, p. 197 et 566.

c. *Résultats*. — Il n'y a pas longtemps encore, l'urano-staphylorrhaphie ne réussissait qu'entre les mains de certains opérateurs particulièrement adroits, et encore était-elle toujours aléatoire. Aujourd'hui son manuel est bien réglé, et presque tous les chirurgiens sont habitués au succès. Ce succès opératoire donne déjà aux patients un bénéfice immédiat considérable: le cloaque nasobuccal est supprimé, la déglutition, la mastication, la succion deviennent normales. Mais ce n'est pas assez pour l'opéré et pour son entourage: ils ne sont réellement satisfaits que si la phonation redevient distincte. Or, à cet égard il ne faut pas se laisser entraîner à des promesses trop optimistes; il faut savoir que souvent la phonation reste défectueuse, que toujours même elle le restera si l'enfant ne s'astreint à une éducation post-opératoire minutieuse. On a émis bien des théories pour expliquer cette imperfection persistante de la prononciation; une de celles qui ont eu le plus de vogue est celle de Passavant⁽¹⁾. D'après cet auteur, tout tient à la brièveté anormale du voile du palais, incapable de venir au contact de la paroi postérieure du pharynx: et Passavant propose une staphylo-pharyngorrhaphie, pour suturer au pharynx le bord postérieur du voile. Mais H. Paul (de Breslau) a répondu à cette proposition que les adhérences du voile suffisent, à elles seules, pour produire le nasillement. En réalité, la persistance du vice de prononciation provient de la conformation vicieuse de tout l'appareil de résonance, du palais et du naso-pharynx, de la bouche et des fosses nasales. On supprime un des éléments, le principal il est vrai, la fissure palatine, mais on ne restitue pas aux cavités voisines une configuration normale. Néanmoins si, par des exercices bien dirigés, on apprend au sujet à se bien servir de cet outil défectueux, on obtiendra des résultats remarquables, et Chervin ajoute qu'en moyenne ces résultats sont meilleurs après l'opération qu'après la prothèse⁽²⁾.

d. *Age où il convient d'opérer*. — Avant l'emploi de la méthode antiseptique, à l'époque où, de plus, on ne savait pas opérer tête pendante, où l'on n'était pas habitué à bien maîtriser l'hémorragie par la compression, les enfants en bas âge succombaient très souvent — soit en quelques jours, soit par débilitation progressive — lorsqu'on les soumettait à l'urano-staphylorrhaphie. Aussi l'opération était-elle à peu près universellement proscrite avant l'âge de trois ou quatre ans. Mais aujourd'hui le danger de mort a beaucoup diminué, et à Berlin, par exemple, Julius Wolff⁽³⁾ recommande d'intervenir, si on a le choix, lorsque l'enfant a de six à dix mois. Moins radical, Ehrmann (de Mulhouse)⁽⁴⁾ opère vers la troisième année. U. Trélat, enfin, reculait l'acte chirurgical jusque vers six ou sept ans.

L'argument principal des opérateurs précoces est le suivant. Le vice de prononciation est dû au vice de conformation du palais: laissez le sujet s'habituer à parler de la sorte, puis obturez la fissure palatine, et le résultat phonétique sera nul, l'habitude étant devenue comme une seconde nature. Il faut donc,

(1) PASSAVANT, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XI, p. 555, traduit par S. Duplay, *Arch. gén. de méd.*, 1865, 6^e série, t. V, p. 54. — H. PAUL, Mémoire traduit par Verneuil, *Ibid.*, t. VI, p. 422.

(2) CHERVIN, *Quatrième Congrès franç. de chir.*, Paris, 1889, p. 655.

(3) J. WOLFF, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVI, p. 954; 1894, t. LI, p. 821.

(4) Ehrmann a publié sur l'uranoplastie plusieurs mémoires importants. Le dernier a été communiqué au *Troisième Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1888, p. 462. et tiré à part, avec additions, Paris, 1889. Depuis il a étudié devant l'Académie de médecine (1897, t. XXXVII, p. 654) les fistules latérales qui, rarement d'ailleurs, peuvent persister dans les incisions libératrices.

au plus vite, remettre les parties en bon état. A cela Trélat répondait que l'efficacité de cette manière de procéder était possible, mais non démontrée; et qu'elle avait certains faits contre elle. D'abord, la mortalité chez les enfants en bas âge reste notable. D'autre part, pour obtenir un très bon résultat fonctionnel, l'éducation post-opératoire est indispensable: or, elle ne peut être entreprise avec quelques chances de succès que sur un enfant déjà assez raisonnable pour comprendre le bénéfice qu'il en peut tirer, c'est-à-dire sur un enfant âgé d'au moins six à sept ans. Joignez à cela que c'est l'âge où l'opération est rendue aisée par les dimensions de la cavité buccale, où les soins consécutifs, l'ablation des fils sont facilités par la docilité du sujet. Enfin prenez note d'une constatation importante de M. Ehrmann: plus l'enfant est opéré jeune et plus la voûte palatine se rétrécit par la suite, ainsi qu'on s'en rend compte en mesurant sa largeur entre les canines, entre les molaires. L'intérêt de cette constatation ne saurait échapper et cette difformité définitive est sûrement une mauvaise condition pour le rétablissement d'une phonation correcte. C'est à l'école de Trélat que j'ai appris à pratiquer l'urano-staphylorrhaphie, on me permettra donc de me ranger à son avis, et de conclure, comme il le faisait dans un article publié quelques semaines avant sa mort:

« Le médecin auquel on présente un nouveau-né atteint de division staphylorrhaphique palatine doit, d'une manière générale, conseiller aux parents de ne faire l'opération que vers la septième année, ou plus tard, selon l'étendue de la lésion. Il doit leur recommander, dès que l'enfant parlera et sera apte à comprendre, de surveiller avec grand soin l'éducation phonétique; il doit leur dire que tout ce qu'ils auront obtenu de la sorte sera autant de gagné pour plus tard. Il les avertira enfin que l'opération ne donne pas, par elle seule, des résultats phonétiques complets, qu'après elle doit intervenir une éducation spéciale; mais qu'avec du soin et de la patience, le bénéfice sera presque toujours considérable et parfois même complet (1). »

B. — KYSTES DERMOÏDES

A la face — où je ne ferai pas rentrer la région péri-orbitaire, dont les kystes ont fait l'objet d'une étude spéciale (2) — les kystes dermoïdes sont rares.

On en a observé vers la région parotidienne; dans la profondeur de la joue, sur le trajet de la fente intermandibulaire, Lannelongue en a observé trois cas.

Dans la thèse de Cusset (3) on trouve une observation de Verneuil où la poche, dermoïde et pilifère, mais associée à de petites cavités mucoïdes, était accolée à la face externe du maxillaire. Peut-être faut-il faire entrer en jeu la gouttière lacrymale. Cependant dans un cas analogue, de kyste mucoïde il est vrai, Albarran (4) a préféré invoquer l'invagination épithéliale d'où naît le sinus maxillaire.

Sur la ligne médiane, enfin, tout comme on voit des fissures, on voit des kystes dermoïdes, depuis la région intersourcilière (Max Schede) jusqu'à la pointe du nez (Lannelongue), en passant par le dos du nez (Laurence, Lan-

(1) U. TRÉLAT, *Indications et résultats thérapeutiques de l'urano-staphylorrhaphie*. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1890, n° 5, p. 50.

(2) Voy. t. IV, p. 546.

(3) CUSSET, Thèse de doct. de Paris, 1877, n° 481.

(4) ALBARRAN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 825.

longue). Ces kystes sont presque toujours fistuleux (1) et Lannelongue soutient même qu'ici le fait primitif est la fistule, le kyste succédant à l'oblitération de celle-ci. Quoique l'orifice fistuleux ait coutume de siéger à la pointe du nez, Lannelongue a bien fait voir que ces fistules et kystes sont d'origine crânienne et non point faciale, qu'il faut les rapprocher des kystes de la glabelle, de l'inion. Ils sont dus, en effet, à un défaut de soudure de la rainure ectodermique postérieure (neurale) de l'embryon. Mais juste au-dessous de l'extrémité de cette gouttière, qui s'arrête à la glabelle, naît le bourgeon frontal, de là descendant à la face. Or, dans sa descente, ce bourgeon est capable d'entraîner, même jusqu'à la pointe du nez, l'extrémité restée béante de la rainure crânio-rachidienne; et voilà pourquoi ces fistules dermoïdes conduisent dans un trajet toujours ascendant, capable de s'engager dans le frontal au niveau de la glabelle et même d'aller jusqu'au contact de la dure-mère.

Les kystes dermoïdes de la face n'ont pas de caractères cliniques spéciaux. Leurs signes ne sont guère que négatifs et leur diagnostic n'est porté que par exclusion; on tiendra aussi grand compte du siège.

Le traitement consiste dans l'ablation, ici presque toujours très facile.

C. — FISTULES

On peut rencontrer à la face des fistules sur le trajet des rainures, des fentes normales, là où je viens de mentionner les kystes dermoïdes. Elles ont été observées à la joue par Cusset, par Trendelenburg, par E. Delanglade. Elles sont exceptionnelles partout ailleurs que sur le dos du nez, et encore là sont-elles rares.

Au dos du nez, on cite des observations de Ruysch, de Cruveilhier, de Beely; Lannelongue a vu sur un enfant une petite poche dermoïde de la pointe du nez s'ouvrir au dehors par un pertuis d'où sortait une touffe de poils. Je viens d'indiquer sommairement l'histoire intéressante de ces kystes.

Lannelongue a publié des cas de fistules de la paupière supérieure, du sillon nasogénien (fente fronto-maxillaire).

Feurer (2) a observé une fistule congénitale de la lèvre supérieure, à droite du lobule médian.

Je citerai une observation, difficile à interpréter, où Smith a vu une poche sous-cutanée de la joue s'ouvrir à la face cutanée de la lèvre inférieure. Il faut sans doute croire à une fistule congénitale, avec kyste, de la fente intermandibulaire.

Le traitement doit être l'ablation totale du trajet et de la poche, comme nous le dirons pour les fistules du cou.

Je décrirai ici les *fistules congénitales de la lèvre inférieure*, fistules dont la pathogénie est encore obscure (3). On constate quelquefois l'existence de deux petits pertuis, situés symétriquement de chaque côté du frein, s'ouvrant au bord libre de la lèvre, plus près de la face interne que de l'externe et conduisant

(1) LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 17.

(2) FEURER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, t. XLVI, p. 55.

(3) DEMARQUAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1844, p. 297. — MURRAY (trad. par L. Le Fort), *Bull. de la Société de chir.*, 1861, 2^e série, t. II, p. 280. — RICHEL et DEPAUL, *Ibid.*, p. 250 et 350. — BÉRAUD, *Ibid.*, p. 255. — DEMARQUAY, *Ibid.*, 1868, 2^e série, t. IX, p. 411. — ROSE, *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1868, t. XXXII, p. 99. — FRITZSCHE, Thèse de Zurich, 1878, p. 59. — LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, t. V, p. 617. — MADELUNG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 271.

dans un petit canal sous-muqueux. Ces deux canaux, généralement parallèles ou convergents, mais que Rose a vus divergents, ne communiquent pas entre eux, ainsi qu'on s'en assure par le cathétérisme. La pression en fait sourdre un peu de mucus. Chez les sujets de Demarquay, Murray, Béraud, Richet, pendant les efforts, la muqueuse faisait hernie sous forme d'une petite papille. Ce vice de conformation s'accompagne parfois d'un renversement hideux de la lèvre. Dans un fait de Lannelongue, il y avait une *fente transversale* située sur le bord libre et allant à 1 centimètre de profondeur. Peut-être est-ce un degré plus avancé du vice de conformation précédent.

La pathogénie de cette malformation n'est pas élucidée. Jusqu'à nouvel ordre, en effet, nous ne connaissons pas, sur les côtés de la ligne médiane, d'état transitoire normal dont la persistance puisse être invoquée. Mais pour faire intervenir un vice de développement il y a deux arguments importants : le siège et la disposition invariables des pertuis ; leur association à peu près constante au bec-de-lièvre de la lèvre supérieure soit chez le sujet lui-même, soit chez ses ascendants, soit chez ses collatéraux. Rose fait intervenir un intermaxillaire inférieur dont Chassaignac parlait il y a déjà assez longtemps, dont parlent aujourd'hui His, Wœlfler. Mais la question reste obscure.

Le traitement, indiqué surtout lorsque l'ectropion concomitant rend la face hideuse, consiste dans l'excision en V de la région médiane de la lèvre.

D. — ABSENCE DE PARTIES

L'absence complète de la face s'appelle *aprosopie*. L'imperfection plus ou moins marquée de diverses parties de la face s'appelle *atéloprosopie*. L'*astomie* est caractérisée par l'absence de l'orifice buccal et de la cavité correspondante : c'est donc différent de la simple atrésie buccale, par excès de soudure entre les lèvres. L'*agnathie* est l'absence du maxillaire inférieur. Ces vices de conformation n'ont pas d'importance chirurgicale, car ils s'accompagnent presque toujours de malformations incompatibles avec la vie.

L'*achélie*, ou absence des lèvres, est plus intéressante, dans quelques cas au moins. Elle peut être totale ou partielle. Comme absence partielle, je mentionnerai l'absence des bourgeons nasaux internes, d'où un vaste hiatus médian où font défaut le tubercule charnu et le tubercule osseux du bec-de-lièvre bilatéral. J'en ai disséqué une pièce fort nette. J'ai déjà signalé ces faits pour les opposer à la fissure médiane proprement dite de la lèvre supérieure et à la fissure palatine bilatérale. Houel a décrit un bec-de-lièvre où la peau se continuait directement avec la muqueuse palatine, sans interposition de vestibule buccal.

L'opération destinée à combler ces pertes de substance devient une véritable cheiloplastie.

Je mentionnerai encore l'absence du *voile du palais, de la langue* ; mais peut-être s'agit-il le plus souvent dans ces cas de défaut de coalescence avec atrophie des parties non soudées. Pour le voile du palais, il semble constant qu'un tubercule rudimentaire représente chaque moitié du voile réputé absent. Pour la langue de même, chez une jeune fille qui parlait remarquablement bien, de Jussieu⁽¹⁾ a constaté l'existence d'un petit tubercule contractile.

⁽¹⁾ DE JUSSIEU, *Mém. de math. et de phys. tirés des registres de l'Acad. des sciences de Paris*, 1718, p. 6.

E. — IMPERFORATION BUCCO-PHARYNGIENNE

Dans quelques cas fort rares, la continuité ne s'établit pas entre la cavité buccale et la cavité pharyngo-œsophagienne : entre les deux persiste une cloison membraneuse. C'est anatomiquement et pathogéniquement comparable à l'imperforation ano-rectale. Cette malformation a été décrite par A. Pinard, par M. Duval et Hervé⁽¹⁾ : sur ces fœtus, elle se compliquait de vices de conformation multiples, en sorte qu'il n'a pu être question d'intervention chirurgicale. Mais en principe on conçoit fort bien le succès possible d'une opération, exactement comme pour l'imperforation ano-rectale.

Cette cloison bucco-pharyngienne siège juste en arrière du voile du palais, et c'est, comme je l'ai dit précédemment, un argument important pour faire développer tout l'œsophage aux dépens de *l'aditus anterior*.

II

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DU COU

A. — FISTULES CONGÉNITALES

Certains enfants naissent porteurs de trajets fistuleux siégeant au cou : ces fistules sont réellement congénitales. A côté d'elles, il faut faire une place à certaines fistules qui leur sont anatomiquement fort analogues, mais qui cliniquement en diffèrent par ce fait qu'elles se produisent après la naissance, par ouverture au dehors d'une cavité kystique. Ces fistules secondaires sont, elles aussi, congénitales, en ce sens qu'elles ont pour origine un trouble d'évolution, que ce trouble d'évolution est, comme pour les fistules primitives, un arrêt de développement. L'identité, toutefois, n'est pas absolue entre les *fistules primitives* et toutes les *fistules secondaires*. Pour qu'une fistule soit réellement primitive, il faut qu'elle corresponde à la persistance d'un état normal dans lequel, passagèrement, un orifice s'ouvre sur le tégument cutanéomuqueux. Or nous verrons que si les fistules ordinairement primitives peuvent être quelquefois secondaires, il est des fistules secondaires qui ne peuvent pas avoir leurs similaires parmi les fistules primitives. C'est surtout en vue de cette démonstration que j'étudierai ici les fistules secondaires, dont la description clinique doit être rattachée à celle des kystes dermoïdes et mucœïdes.

Ces fistules, de quelque variété qu'elles soient, sont liées à un vice de développement de l'appareil branchial, et à cet égard elles méritent le nom de *fistules branchiales* sous lequel on les désigne souvent. Mais ce que j'ai déjà exposé d'embryologie normale fait comprendre qu'on ne puisse plus, comme il y a quelques années, les appeler ainsi parce qu'elles sont dues à la persistance partielle d'une fente branchiale. Je répéterai, en effet, qu'il n'y a pas de fentes branchiales comme on les comprenait naguère.

Historique. — Il paraît que dès 1789 Hunczowski a publié deux observations

⁽¹⁾ PINARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 685. — M. DUVAL et HERVÉ, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1885, 7^e série, t. IV, p. 657.