

par les adhérences vasculaires, et certains opérateurs ont dû réséquer la jugulaire interne entre deux ligatures. Mais, avec l'innocuité conférée aux plaies veineuses par la méthode antiseptique, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure. C'est seulement lorsque, le bistouri en main, on aura reconnu l'impossibilité de l'extirpation totale, qu'on se contentera, comme pis aller, de la résection partielle de la poche avec grattage et cautérisation de la partie restante, suturée à la peau⁽¹⁾. Par ce procédé de nécessité, la cure est beaucoup plus longue et la cicatrice est beaucoup plus difforme. Avec un peu d'adresse, en disséquant aux ciseaux courbes, je crois qu'on peut toujours l'éviter.

CHAPITRE III

VICES DE CONFORMATION PAR EXCÈS DE COALESCENCE

ATRÉSIE CONGÉNITALE DE L'ORIFICE BUCCAL

L'atrésie buccale⁽²⁾ est le résultat d'une coalescence exagérée des bourgeons maxillaires, en sorte que l'orifice buccal est rétréci ou nul. Dans le premier cas, l'atrésie est dite incomplète, dans le second elle est complète et s'appelle encore imperforation. L'imperforation diffère de l'astomie en ce que, derrière les lèvres, il y a un vestibule buccal et une cavité buccale.

L'atrésie incomplète, ou phimosis labial, est nettement établie par des observations de de Marque, d'Ammon; les faits de Buchner, de Conrad Lycosthènes sont plus douteux.

L'imperforation a été vue par Alix sur un fœtus monstrueux. Mais elle peut avoir un intérêt chirurgical réel, et Percy a opéré avec succès un enfant porteur de cette infirmité.

Dans certains cas, l'excès de coalescence en un point s'associe à un défaut de coalescence en un autre point. Tel ce fait de Borrichius où, la bouche normale étant oblitérée, un orifice buccal latéral résultait d'une fissure génienne. Cette malformation a été vue par Otto sur plusieurs animaux.

Quelquefois, et il y a à cet égard un fait d'Adam de Lebenwaldt, l'amnios adhère à l'orifice buccal et l'oblitére. C'est, en pathogénie tout au moins, différent de l'anomalie typique par excès de coalescence.

Le traitement ne diffère pas de celui de l'atrésie acquise. L'atrésie congénitale est généralement exempte d'adhérences vestibulaires et la simple suture cutanéomuqueuse en ourlet après incision de la membrane anormale donnera un bon résultat. Pour les détails opératoires, je renvoie à l'atrésie acquise.

⁽¹⁾ S.-C. KEETLY, *Ann. of surg.*, 1888, t. VIII, p. 586.

⁽²⁾ VERDUC, *Les opérations de la chirurgie*, Paris, 1694, t. I, p. 129. — GRESSY, Thèse de doct. de Paris, 1857, n° 154.

CHAPITRE IV

FIBRO-CHONDROMES BRANCHIAUX

Certains enfants portent depuis leur naissance de petits appendices insérés sur la peau de la région cervico-faciale. Ces petits appendices, signalés par Sue, Colson, Reissmann, Rynd, Morgan, Southam, Van Duyse, ont fait l'objet des études de Lannelongue, puis de Buttersack, de Poirier et de Retterer⁽¹⁾.

Ils constituent de petits prolongements conoïdes, longs au plus de 1 centimètre, à corps parfois un peu renflé, quelquefois portés par un pédicule légèrement rétréci. Sur eux, les téguments sont normaux. Leur consistance souvent est ferme et, à la palpation, on sent une petite tige centrale plus résistante.

Ces appendices congénitaux ont pour siège de prédilection la région préauriculaire, près du tragus, puis, avec une fréquence moindre, la région faciale inférieure, au-dessous d'une ligne allant du tragus à la commissure. Ils peuvent, mais le fait est rare, faire saillie sous la muqueuse de la lèvre inférieure. Souvent les appendices pré-auriculaires sont multiples, et alors volontiers disposés par paires sur une ligne verticale; ils peuvent être symétriques. On observe des appendices analogues sur les autres régions de la face, par exemple sur la ligne médiane du nez, mais le fait est rare.

Au cou, ils occupent presque toujours le siège de l'orifice externe des fistules congénitales, un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Nous avons vu d'ailleurs que des excroissances analogues s'élèvent parfois à l'orifice cutané de ces fistules. Ici encore la bilatéralité est fréquente.

Quand on excise ces appendices, on leur trouve la structure suivante: sous un épiderme et un derme normaux, existe une petite tige fibro-cartilagineuse entourée d'un mince périchondre et se continuant avec un pédicule fibreux. Il semble, pour les appendices pré-auriculaires, que ce pédicule se continue quelquefois avec le tragus; quelquefois il se dirigerait vers le maxillaire inférieur, mais sans s'y insérer d'une façon nette.

Cette tige fibro-cartilagineuse n'est d'ailleurs pas constante et, par exemple, elle ferait défaut dans les appendices de la région faciale supérieure, sur le territoire du bourgeon frontal en particulier.

L'interprétation pathogénique de ces petites productions n'est pas encore fixée, et peut-être y a-t-il plusieurs variétés. Lannelongue, Trélat, Magitot, se sont demandé si les appendices de la région faciale inférieure ne proviendraient pas d'un bourgeonnement vicieux du cartilage de Meckel. Mais cette explication, à laquelle Lannelongue a renoncé, ne s'applique qu'à cette région. Il est vrai que pour les appendices cervicaux, avec ou sans fistule, on peut invoquer une persistance anormale, avec excroissance, du squelette cartilagineux primitif des arcs branchiaux. Ce qui est certain, c'est que ces petites tumeurs

⁽¹⁾ LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 171. — REVERDIN et MAYOR, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, p. 458. — POIRIER et RETTERER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 558, et *Journal de l'anat.*, 1890, p. 49. — A. BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 385. — KOSTANECKI et MIELICKI, *Arch. de Virchow*, 1890, t. CXXI, p. 75 (bibliographie). — Consultez en outre la bibliographie de la *Macrostomie*, p. 22.

coexistent souvent avec des malformations dans le domaine des arcs branchiaux. Outre les fistules cervicales déjà mentionnées, il faut savoir que les appendices pré-auriculaires accompagnent fréquemment la macrostomie, les malformations de l'oreille externe, l'atrophie du maxillaire inférieur : à cet égard, je citerai les observations de Rynd, Morgan, Van Duyse, Trélat, E. Delanglade. Lannelongue a noté l'hérédité. Il faut donc admettre un trouble dans l'évolution de l'appareil branchial, mais nous en ignorons la nature exacte et la cause. D'après Van Duyse, il faudrait faire jouer un rôle important aux adhérences amniotiques, et à cet égard j'ai examiné une pièce démonstrative : c'est celle d'un fœtus macrostome, chez qui deux brides funiculaires, symétriques, prolongeant une vaste adhérence crânio-encéphalique, s'inséraient symétriquement sur les deux pommettes et avaient attiré de la sorte deux petites colonnes cutanées longues d'environ 5 millimètres.

En clinique, l'importance de ces appendices est à peu près nulle. Quelquefois ceux qui font saillie sur la muqueuse labiale sont susceptibles de s'engager entre les arcades dentaires et de devenir gênants. Mais presque toujours leur seul inconvénient est d'être disgracieux.

Ils semblent s'accroître un peu après la naissance, mais ne tardent pas à rester stationnaires. On s'est demandé s'ils ne pourraient pas subir ultérieurement une évolution néoplasique : le fait est possible, quoique obscur, pour certains débris cartilagineux congénitaux de la profondeur du cou, mais pour les appendices cutanés aucune observation ne le démontre.

L'ablation au bistouri est indiquée quand les appendices sont gênants ou disgracieux. On aura soin de creuser à la base pour extirper la tige cartilagineuse qui s'enfonce sous la peau.

CHAPITRE V

DIPLOGENÈSE FACIALE ET TÉRATOMES

Après l'ovaire, le testicule et la région sacro-coccygienne, la face est un des endroits où s'insèrent le plus volontiers les tumeurs complexes, où l'on reconnaît des parties fœtales hétérotopiques plus ou moins complètement développées. Les faits de ce genre ont donné lieu à d'ardentes controverses; certains auteurs affirmant qu'il suffisait d'admettre, pour les expliquer, le bourgeonnement anormal de quelques parties fœtales; d'autres pensant qu'il fallait voir dans la production hétérotopique les restes d'un second fœtus greffé sur l'enfant principal. Cette dernière doctrine, dite de la diplogénèse, a été fortement battue en brèche il y a quelques années; mais, depuis les recherches de Hertwig, Selenka, H. Fol, sur le rôle du spermatozoïde dans la fécondation, elle a pris, pour certains cas au moins, un regain de faveur⁽¹⁾.

Je dis : pour certains cas. En effet, je crois qu'on a tort de chercher à donner pour toutes ces tumeurs, au sens clinique du mot, une explication univoque.

(1) MATHIAS DUVAL, art. SPERMATOZOÏDE du *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1885.

Du simple kyste dermoïde de la queue du sourcil aux frères Siamois, il y a bien une série en apparence continue, mais ceux qui, selon qu'ils remontent ou descendent la série, admettent ou repoussent en bloc la diplogénèse, ceux-là semblent avoir tort. Il est démontré que le kyste de la queue du sourcil ou du cou est dû à un enclavement d'origine branchiale. Il est à peu près évident, d'autre part, que les frères Siamois étaient dus à la fusion de deux germes. Entre ces deux extrêmes, où est la démarcation dans la série? Nous l'ignorons et la série nous paraît continue, ce qui n'est pas un motif pour qu'elle le soit, malgré les efforts de Lannelongue pour généraliser la théorie de l'enclavement. Peut-être même donnons-nous à la série cette unité apparente en intercalant entre les cas typiques un troisième groupe de faits, celui des tératomes. Le kyste dermoïde complexe, qui d'ailleurs n'existe guère à la face et au cou, n'est-il qu'un degré plus élevé du kyste dermoïde simple? C'est une hypothèse contestable. Il semble prouvé que le kyste dermoïde simple de la face et du cou est seulement une cavité close constituée par un enclavement épithélial; il n'y a là rien qui révèle un processus néoplasique. Il en est tout autrement pour les tératomes, rares il est vrai dans la région qui nous occupe. Là nous sommes en présence, quelquefois au moins, d'un véritable néoplasme.

Il est donc bien probable que cette série prétendue unique se décompose en trois : les kystes par enclavement, les tératomes, les monstruosité doubles. Seulement nous ne connaissons pas leurs limites.

J'ai déjà, résolument, rangé les kystes branchiaux dans les arrêts de développement. Que dire maintenant de la diplogénèse et des tératomes?

La diplogénèse est évidente dans quelques observations, quand on voit s'implanter dans la cavité buccale, au pharynx, à la base du crâne, des masses où l'on reconnaît des os, des membres plus ou moins formés, des intestins, et même un fœtus à peu près entier. Telles sont des observations, anciennes déjà, de Vrolik, Bury, Breschet, Haack, Sœmmering. De même, bien probablement, la tumeur insérée sur la voûte palatine que Kidd a pu extirper après la naissance. Certes, les cas capables de devenir réellement chirurgicaux ne sont pas les plus typiques au point de vue théorique; ils sont, au contraire, des cas limite sur lesquels on discute et on discutera sans doute longtemps encore. Ainsi, dans le fait remarquable communiqué en 1885 par Clément (de Bucarest) à la Société de chirurgie, et où Severeanu a pu enlever avec succès une masse morbide implantée sur une bifurcation anormale de l'os nasal et où on reconnaissait l'ébauche grossière d'un fœtus; en bas, entre deux cuisses, pendait un pénis caverneux et érectile⁽¹⁾. Dans le même ordre d'idées, je citerai la duplication de la face, pour signaler une observation de Bimar où cette malformation, en général constatée sur des monstres non viables, a été compatible avec la vie⁽²⁾.

Les tératomes enfin ne rentrent pas dans le chapitre actuel. Il traite, en effet, des vices de développement; or, je me trouve ici en présence de néoplasmes. Chaque région en particulier possède des tératomes qui lui sont propres. La polygnathie est une tumeur des mâchoires. Les tumeurs à tissus multiples existent à la langue, au voile du palais, identiques quand elles sont manifestes dès la naissance ou quand elles ne commencent à évoluer que plus ou moins

(1) Cette observation n'a pas été rapportée devant la Société par Lucas-Championnière, mais ce chirurgien a eu la grande obligeance de me communiquer le texte et les dessins.

(2) BIMAR, *Gaz. hebdomadaire de sc. méd. de Montpellier*, 1881, n° 15-17, p. 171 et 194.