

vent être privés de la vue et qui ne pourraient être enseignés par la méthode de la lecture sur les lèvres. En effet, les sourds-muets arrivent à parler avec d'autant plus de facilité et de netteté qu'ils perçoivent certains sons, à plus forte raison qu'ils sont en état d'entendre des mots et des phrases entières.

MM. Hamon du Fougeray et Couetoux, en France, se sont également occupés de cette intéressante question, et, dans un Manuel pratique des méthodes spéciales d'enseignement applicables aux enfants anormaux (Paris, 1896), ils décrivent les différents procédés mis en usage et recommandables dans la surdi-mutité. Il est bien entendu que, dans tout ce qui a trait à la surdi-mutité congénitale ou acquise, et surtout pour ce qui concerne le traitement, nous avons eu en vue les enfants intelligents et non les sourds-muets idiots ou crétins chez lesquels l'affection auriculaire est une simple tare ajoutée à la lésion ou aux troubles cérébraux persistants.

Le sourd-muet arrive d'autant mieux à parler et plus aisément qu'il est intelligent, que la perte de son ouïe n'est pas absolue et qu'il a commencé plus ou moins tôt les exercices méthodiques de son ouïe et de son organe vocal.

CHAPITRE XX

MALADIES CHIRURGICALES

I

BEC-DE-LIÈVRE

PAR LE D^r A. BROCA

On observe à la face des vices de développement fort variés, fort intéressants à étudier : seuls ceux qui ont un intérêt en pratique courante vont m'occuper ici. C'est dire que je vais me borner à la description des fissures labio-buccales, et que même une seule d'entre elles va comporter quelques détails. Cette fissure banale porte en langage ordinaire le nom de *bec-de-lièvre*, et l'usage a prévalu d'appliquer cette dénomination à toutes les fissures labiales, même quand elles ne communiquent en rien à la lèvre fendue l'aspect d'une lèvre de lièvre.

Pathogénie. Étiologie. — Les fissures faciales sont de deux ordres : les unes, rares, sont produites en des points quelconques par des brides amniotiques ; les autres sont de siège typique, et sont dues à un arrêt de développement des bourgeons faciaux.

On sait, en effet, que la face se développe aux dépens de bourgeons mésodermiques qui, partis de la base du crâne, convergent autour de la cavité bucco-nasale, puis se soudent et ne laissent béants que l'orifice buccal et les narines. De chaque côté naît, en arrière, un *arc mandibulaire* qui se subdivise en deux arcs superposés : l'arc maxillaire inférieur arrive jusqu'à la ligne médiane où, au 25^e jour de la vie embryonnaire, il se soude à son congénère du côté opposé ; l'arc maxillaire supérieur, au contraire, ne va pas jusqu'à la ligne médiane, au niveau de laquelle descend un *bourgeon frontal*, bifurqué en bas en quatre bourgeons nasaux, deux de chaque côté. Entre les deux arcs maxillaires existe la fente intermandibulaire, dont l'orifice buccal est le reste ; de chaque côté, la narine, reste de la fossette olfactive, est limitée par les bourgeons nasaux, interne et externe.

C'est de la 5^e à la 9^e semaine que, allant de la surface vers la profondeur, a lieu la coalescence des parties constituant de la lèvre supérieure ; plus tard, par conséquent, qu'à la lèvre inférieure, et cela nous explique pourquoi les fissures de la lèvre supérieure sont de beaucoup les plus fréquentes, au point d'être à vrai dire les seules chirurgicales ; lorsqu'un arrêt de développement frappe un fœtus à l'âge où la lèvre inférieure n'est pas encore soudée, il a coutume de provoquer des lésions incompatibles

avec la vie. Il est inutile d'insister pour faire comprendre qu'entre les bourgeons non soudés on peut observer aux lèvres les fissures suivantes :

Au massif maxillaire supérieur : le bec-de-lièvre vulgaire (fissure située sous la narine); le colobome (fissure en dehors de l'aile du nez); la fissure médiane;

A la commissure, la fissure génienne;

Au massif maxillaire inférieur, la fissure médiane inférieure.

Cette nomenclature suffit pour faire voir que ces fissures sont dues à un arrêt de développement.

Mais quelles sont les causes de cet arrêt de développement? Nous devons négliger toutes les hypothèses émises par les auteurs anciens; et nous devons avouer que nos connaissances étiologiques sont encore bien rudimentaires. Quelques faits, pourtant, sont acquis et, par exemple, il est des cas où l'écartement persistant des bourgeons non soudés semble bien devoir être rapporté à l'action mécanique d'une tumeur située en regard de la fente, d'une bride amniotique insérée sur cette fente ou tout près d'elle, etc.

Ces lésions, les brides amniotiques en particulier, sont la règle pour les fissures graves, profondes. Mais elles sont exceptionnellement constatées dans les cas chirurgicaux, cas légers, naturellement, pour lesquels a suffi, sans doute, une cause légère, disparue sans laisser de traces. Cette cause tient peut-être parfois à des perturbations d'ordre général : l'hérédité n'est pas rare; il est admissible qu'un coup reçu par la mère sur le ventre, une émotion brusque, puissent retentir sur le développement de l'embryon, pourvu que ces causes aient agi à une époque où les bourgeons ne sont pas encore soudés; la syphilis héréditaire entre probablement en jeu dans certains cas.

Pourquoi le bec-de-lièvre ordinaire de la lèvre supérieure est-il plus fréquent à gauche et dans le sexe masculin? Le mieux est de constater à la fois le fait et notre ignorance.

Variétés. — Je dois d'abord mentionner quelques *caractères généraux*. Toutes ces fissures partent de l'orifice buccal : dans un premier degré elles fendent la lèvre seule; *prolongées*, elles s'étendent plus ou moins loin, soit vers la face, soit vers le cou. Cette prolongation a souvent lieu sous forme non point de fissures, mais de lignes cicatricielles, plus ou moins saillantes, ou au contraire déprimées. Ces lignes peuvent même être, avec une légère encoche labiale, la seule marque du trouble de développement : c'est ce que l'on a désigné sous la dénomination, d'ailleurs absurde, de *guérison intra-utérine du bec-de-lièvre*. Je viens de parler des parties molles : d'autre part, toutes ces fissures sont capables de dépasser l'épaisseur de la lèvre et d'entamer, à une profondeur variable, le squelette sous-jacent. Le bec-de-lièvre est dit *simple* quand il ne fend que la lèvre; il est *complexe* lorsque le squelette est atteint.

BEC-DE-LIÈVRE VULGAIRE. — Le bec-de-lièvre vulgaire est une *fente bucconasale*, située juste au-dessous de la narine. Cette fente siège le plus souvent à gauche. Elle occupe une hauteur variable de la lèvre, depuis la simple encoche du bord libre, jusqu'à remonter dans la narine. Les deux bords ont l'aspect des lèvres normales : une muqueuse rouge, légèrement éversée, s'y

continue avec la peau en un ourlet net et régulier. Le bord interne est vertical, l'externe est oblique en bas et en dehors; tous deux se continuent avec le bord inférieur de la partie correspondante de la lèvre par un angle arrondi, droit pour l'interne, obtus pour l'externe. Entre eux est un espace en V renversé, dû à un simple écartement et non à une perte de substance; cet écartement augmente par le rire, les pleurs, diminue quand le sujet fait la moue, dans les mouvements de succion (fig. 1).

Quand la fissure est étendue, il est de règle que ses bords soient fixés à

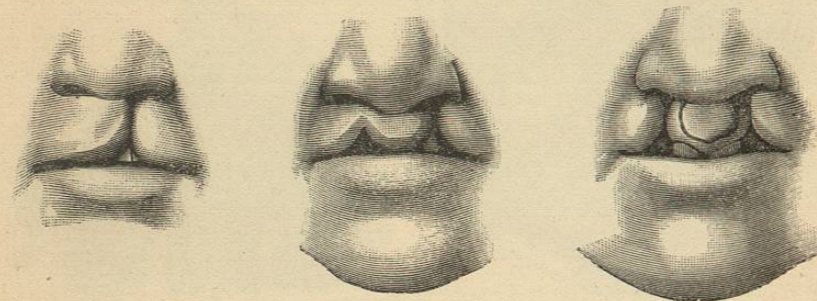


Fig. 1, 2, et 3. — Les degrés du bec-de-lièvre : simple, unilatéral ou bilatéral.

la gencive correspondante chacun par un repli muqueux, fort important au point de vue opératoire. De plus, la narine est très souvent aplatie, élargie, moins il est vrai que dans le bec-de-lièvre complexe, mais déjà suffisamment pour qu'on doive s'en préoccuper au moment de la restauration plastique. Cela est même fréquent lorsque la fissure labiale ne prend pas toute la hauteur de la lèvre.

La fissure labiale est *unilatérale* ou *bilatérale*; dans ce dernier cas, presque toujours elle est complexe. Entre les deux fentes, parfois asymétriques (fig. 2), d'un bec-de-lièvre bilatéral, existe un *tubercule charnu*, volontiers trop court pour recouvrir les dents (fig. 3).

Passons sur la rare *fissure prolongée*, qui ouvre la narine vers la joue, et signalons les *lésions du squelette* : sous la lèvre externe de la fissure, le maxillaire est d'ordinaire atrophié, d'où une encoche du rebord alvéolaire, et quelquefois la partie interne du rebord est saillante en un volumineux *promontoire*, en sorte que ce bec-de-lièvre, simple anatomiquement, devient opératoirement complexe (fig. 4).

Le vrai *bec-de-lièvre complexe* est celui où la fissure divise les parties dures : au bord alvéolaire, elle est oblique en arrière et en dedans, jusqu'au trou palatin antérieur, et à partir de là elle se redresse pour longer d'arrière en avant la cloison nasale d'un seul (fissure unilatérale), ou des deux côtés (fissure bilatérale).

Pendant longtemps on a admis sans conteste, avec Goethe, que la fissure divisait le bord alvéolaire entre l'intermaxillaire et le maxillaire, c'est-à-dire

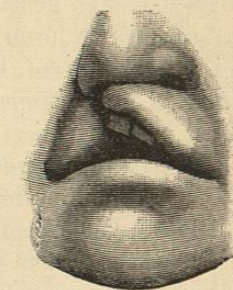


Fig. 4. — Bec-de-lièvre simple avec saillie du promontoire.

entre l'incisive latérale et la canine. Cette disposition n'est en réalité jamais observée : de chaque côté, il y a deux intermaxillaires, interne et externe, porteurs chacun d'une incisive; c'est entre ces deux os, entre deux incisives par conséquent, que passe la fissure. Toujours existe en dehors de cette fissure une *incisive précanine*. Ce qui prête parfois à l'erreur, c'est que presque toujours (et cela même dans le bec-de-lièvre simple) il y a une incisive supplémentaire, par division du germe de l'incisive laté-



Fig. 5. — Tubercule médian à deux incisives.

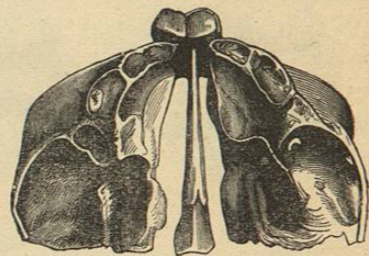


Fig. 6. — Dissection du rebord alvéolaire.

rale; c'est que, d'autre part, ces deux demi-incisives, bordant la fissure de chaque côté, sont mal développées, contenues dans des alvéoles membraneux, et se flétrissent, pour ainsi dire, peu après la naissance. Il est à remarquer qu'une fissure palatine bilatérale peut faire suite à une fente labio-alvéolaire unilatérale. Parfois la seconde fissure palatine (celle du côté de la lèvre saine) n'entame que la partie postérieure de la voûte.

Le *bec-de-lièvre complexe bilatéral total* est celui que l'on appelle *gueule-de-loup*. Il est formé de deux fentes, coudées en un angle obtus ouvert en dehors. Entre ces deux fentes est le *tubercule osseux*, porteur typiquement de deux incisives, mais souvent de trois ou quatre incisives. Ces dents surnuméraires font que ce tubercule est souvent fort large; les latérales sont en général mal rangées. De plus, ce tubercule est d'ordinaire fort proéminent, jusqu'à être presque appendu sous le lobule du nez, la sous-cloison disparaissant. Il est constitué par les deux intermaxillaires internes accolés et sa proéminence est due à l'allongement des apophyses palatines de ces intermaxillaires. Les narines sont aplaties, la face entière est élargie.

Les *fissures complexes partielles* sont *antérieures* ou *postérieures*. Les *antérieures*, qui prolongent plus ou moins loin en arrière une fente labiale, sont tout à fait exceptionnelles. Les *postérieures* entament la luvette, et à partir de là se portent plus ou moins loin en avant : tous les degrés existent, de la simple encoche alvéolaire à la fissure bilatérale, allant jusqu'au trou palatin antérieur. La fissure osseuse est alors en général unilatérale, mais elle peut bien être bilatérale. Il est usuel que dans les divisions complètes du voile le bord postérieur de la voûte osseuse subisse une échancrure plus ou moins marquée. A un degré moindre, une autre lésion assez intéressante se constitue. Dans quelques cas, en effet, il y a absence des parties osseuses,

les parties molles étant normales ou ne présentant qu'une légère division de la luvette, et un tissu fibreux revêtu de muqueuse comble le vide plus ou moins étendu, généralement triangulaire à bord postérieur, de la lame osseuse.

On peut observer la *coexistence de ces fissures* antérieure et postérieure : Chrétien a vu, la partie moyenne étant intacte, une fissure antérieure et une postérieure coexister avec une division de la lèvre et du voile du palais.

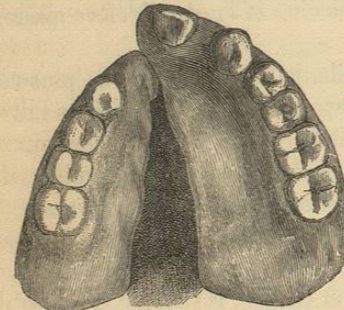


Fig. 7. — Fissure palatine unilatérale.

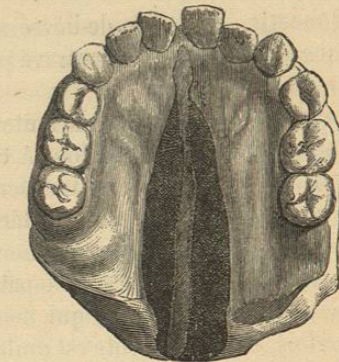


Fig. 8. — Fissure palatine bilatérale.

Les *perforations congénitales* sont assez rares pour qu'on ait pu les révoquer en doute; cependant j'en ai observé deux exemples, dont un chez un enfant que j'ai opéré de bec-de-lièvre.

VARIÉTÉS RARES. — Je me bornerai à mentionner : 1° Le *colobome de la*

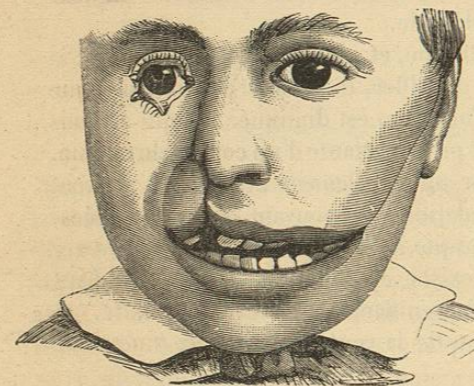


Fig. 9. — Macrostomie.

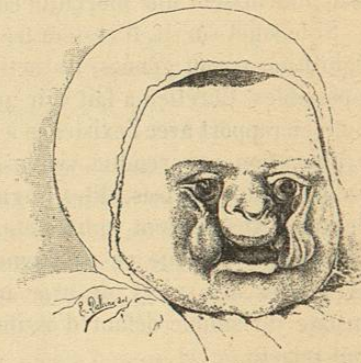


Fig. 10. — Colobome bilatéral

lèvre supérieure, qui divise les parties molles de façon à se prolonger en dehors de la narine, qui reste close; il fend le squelette entre l'intermaxillaire et le maxillaire, jusque dans la gouttière lacrymale;

2° Le *bec-de-lièvre médian supérieur*, assez exceptionnel pour qu'on l'ait nié;

3° La *macrostomie*, ou fissure commissurale, horizontale jusqu'au masséter, et de là se recourbant pour se prolonger en avant du tragus. Chez ces

sujets, les malformations de l'oreille, les appendices préauriculaires sont fréquents ;

4° La *fissure médiane de la lèvre inférieure* ;

5° Les *fistules congénitales* de la lèvre inférieure sont une malformation rare, à peu près constamment associée au bec-de-lièvre de la lèvre supérieure, soit chez le sujet lui-même, soit chez ses ascendants ou collatéraux.

Pronostic. — Le bec-de-lièvre simple, unilatéral, n'a en général aucune conséquence sérieuse. Il n'entrave pas la succion et l'enfant s'élève aisément au sein ou au biberon.

Il en est de même pour la fente du voile du palais seul, et de plus cette fente ne gêne pas la déglutition. A titre d'exception, je signalerai les faits de Dieffenbach, d'Ad. Alt, où les deux moitiés du voile, rabattues sur les trompes d'Eustache, les ont oblitérées, d'où la surdi-mutité acquise. Mais presque toujours le seul inconvénient de ces fissures est le nasillement.

Au contraire, la fissure labio-palatine, surtout quand elle est bilatérale, est une malformation grave, qui menace souvent et rapidement l'existence. Quelquefois, lorsque la fente est unilatérale et étroite, la succion est possible ; mais en général il n'en est pas ainsi, et l'on est forcé d'élever ces enfants à la cuiller. La déglutition est entravée, les fosses nasales et la bouche forment une sorte de cloaque, et les mucosités nasales, d'autant plus sécrétées qu'il y a presque toujours du coryza chronique, passent constamment dans la cavité buccale. Pour nourrir ces enfants, il faut un soin extrême ; or, souvent la mère ou la nourrice négligent volontiers un être monstrueux qui leur répugne, et c'est une cause de plus pour que ces enfants à fissure complexe totale fournissent une mortalité considérable.

Si le sujet survit, il restera très difforme, et, de plus, la mastication et la déglutition seront gênées, les actions de siffler, de souffler, seront presque impossibles. Chrétien a fait voir que l'olfaction est diminuée, ce qui est sans doute en rapport avec l'existence à peu près constante d'un coryza chronique. La phonation sera rendue vicieuse par un nasillement intense, et souvent même certaines lettres, dites linguo-palatines, ne pouvant être prononcées, elle sera extrêmement indistincte, presque incompréhensible. Un fait assez remarquable est que ce nasillement existe, quelquefois même à un haut degré, chez des sujets où, avec une insignifiante bifidité de la luvette, on constate un simple défaut d'ossification de la voûte palatine, la muqueuse étant intacte.

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

Traitement. — Toutes ces fissures faciales ont un traitement commun : il faut aviver leurs lèvres et les rapprocher par la suture, après avoir pratiqué les libérations nécessaires pour que l'affrontement se fasse sans tension. Mais il va sans dire que si, pour toutes ces malformations, le principe chirurgical fondamental est le même, le manuel opératoire est essentiellement différent, et, d'autre part, il existe, relativement à l'âge où il faut intervenir, des indi-

cations thérapeutiques toutes spéciales, selon qu'on doit restaurer les parties molles seules, le rebord alvéolaire ou la voûte palatine. Je vais envisager successivement ces trois cas, mais en ne m'occupant qu'accessoirement du manuel opératoire, qui ressortit aux traités spéciaux de chirurgie.

BEC-DE-LIÈVRE. — La *restauration des parties molles* est proprement le traitement du bec-de-lièvre. On sait bien, depuis Louis, qu'il n'y a pas de perte de substance, mais qu'il s'agit uniquement de « rafraîchir les bords de la division pour en faire une plaie susceptible d'être unie ». L'avivement doit se pratiquer exclusivement à l'instrument tranchant ; on lui associera, *faits de même au bistouri*, de larges débridements des freins muqueux, pour bien mobiliser la lèvre sous la narine et vers la branche montante. La suture que je préconise est la suture à points séparés, aux crins de Florence, prenant $\frac{2}{3}$ de l'épaisseur de la lèvre et consolidée par deux ou trois points à la face muqueuse. Si l'on suture exactement la narine bien libérée, l'épingle de Philips et la serre-fine de Guersant sont inutiles. Comme pansement, quelques flocons d'ouate imbibés de collodion ou de stérésol. Les fils sont coupés au cinquième jour, l'enfant étant chloroformisé pour éviter toute traction intempestive.

Pour le manuel opératoire, je me bornerai à dire qu'il faut, si l'on veut éviter l'encoche, employer un *procédé à lambeau* : aux fentes étroites con-

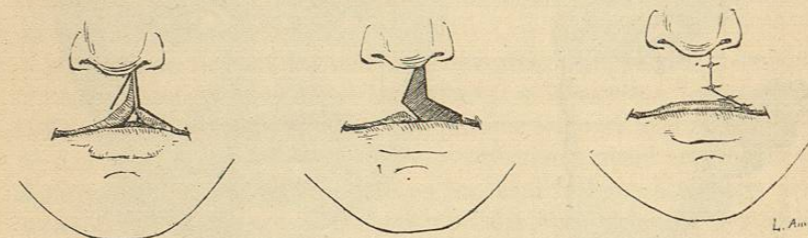


Fig. 11. — Procédé de Mirault pour restaurer la lèvre.

vient l'unique lambeau de Mirault ; aux fentes larges (mais très exceptionnellement puisque jamais je n'en ai eu besoin) le double lambeau de Clémot. Celui-ci sert surtout pour les fissures bilatérales : on taille alors ce lambeau sur chacune des lèvres externes et l'on suture tout autour du tubercule charnu avivé. Il ne faut jamais réséquer le tubercule médian. Les figures ci-jointes suffisent à faire comprendre ces quelques lignes.

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

Ainsi, l'opération est presque toujours efficace. En outre, elle est presque toujours d'une bénignité extrême; mais ici il faut établir une distinction. Les tout jeunes enfants supportent mal, en effet, les pertes de sang, et de là des discussions, fort anciennes déjà, sur l'âge où il convient d'opérer le bec-de-lièvre. Il n'est pour ainsi dire pas d'âge, de un jour à quatre ou cinq ans, qui n'ait été donné par quelque chirurgien comme l'âge d'élection. On est aujourd'hui d'accord pour admettre qu'un débat général n'a pas sa raison d'être; la conduite à tenir dépend de l'état des lésions et de la santé générale. Pour ne pas opérer un nouveau-né, les seuls arguments sont l'hémorragie et la durée de l'intervention. Or, quoi de moins sanglant et de plus rapide que la restauration de l'encoche labiale simple? On est donc parfaitement en droit d'intervenir dans ces conditions, même chez un enfant de quelques jours, même pour une fente bilatérale, pourvu toutefois que

l'enfant soit bien vigoureux, bien nourri, bien soigné. Mais je me range parmi les chirurgiens qui, pour supprimer ces appréciations parfois délicates, posent comme

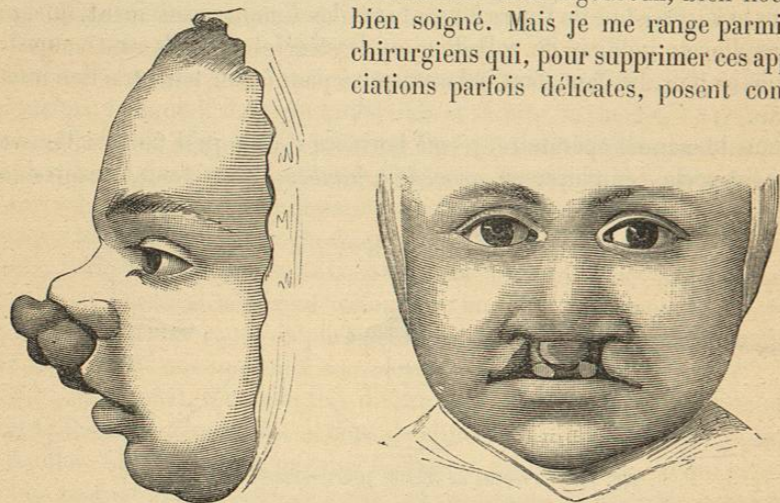


Fig. 12 et 13. — Bec-de-lièvre bilatéral complexe, avec ou sans saillie du tubercule médian.

règle d'attendre jusque vers le troisième mois, à moins que les parents ne leur forcent la main. A partir de cette date, sur un enfant solide, je répare la lèvre, même quand je dois faire de larges débridements, abattre le promontoire, voire refouler le tubercule médian.

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

Lorsqu'il existe une *saillie osseuse du promontoire*, on abat à la pince coupante cet angle saillant. Si avec cette saillie il y a une *fente alvéolaire*, le plus simple semble être d'agir de même: en réalité, c'est une mauvaise pratique. Il faut refouler dans la fissure l'intermaxillaire interne, soit par simple pression avec les pouces s'il ne résiste pas trop, soit, chez les sujets

un peu âgés, après ostéotomie du bord alvéolaire et de la cloison nasale. Dans le bec-de-lièvre bilatéral, le tubercule osseux peut quelquefois être simplement refoulé, mais presque toujours on aura d'abord pratiqué une résection triangulaire de la cloison. Promontoire ou tubercule seront fixés au bord alvéolaire postérieur par un point de suture osseuse, qui n'est d'ailleurs pas indispensable. Je viens de dire que je n'hésite pas à soumettre à ces opérations les enfants au-dessus de 5 mois, quand ils me paraissent vigoureux.

URANO-STAPHYLORRAPHIE. — La restauration autoplastique du palais et du voile a pris définitivement le pas sur la prothèse. Celle-ci n'est indiquée que pour les fissures d'une largeur tout à fait exceptionnelle, avec atrophie des lames palatines; pour les fissures opérées sans succès, avec déchirure ou gangrène des lambeaux. Elle peut donner de bons résultats, mais en moyenne la phonation reste plus défectueuse qu'après l'urano-staphylorrhaphie. Le seul procédé actuellement conservé d'urano-staphylorrhaphie est le procédé en double pont de Baizeau-Langenbeck, tel qu'il a été perfectionné par Trélat. Je conseille de le pratiquer en une seule séance.

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, ce qui est impossible. Aussi est-on exposé dans environ 1/5 des cas à voir la suture échouer en totalité, ce qui est rare, ou en partie.

Exceptionnellement les incisions libératrices suppurent abondamment et restent fistuleuses, ou même les lambeaux se sphacèlent. La désunion partielle laisse après elle une perforation presque toujours opérable. Les lavages 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. Peut-être la désinfection préalable et prolongée des fosses nasales — chez ces sujets où le coryza est si fréquent — jouerait-elle un rôle important. En tout cas, je conseille d'enlever à l'avance les végétations adénoïdes et d'extraire les dents cariées.

Le succès opératoire, qui, après une ou plusieurs opérations bien conduites, est à peu près constant, donne un bénéfice considérable: le cloaque naso-buccal est supprimé, la déglutition, la mastication, la succion deviennent normales. Mais l'opéré et son entourage 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. La persistance du vice de prononciation provient de la conformation défectueuse 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 médiocre, on obtiendra des résultats remarquables.

On discute sur *l'âge où il convient d'opérer*. Julius Wolff recommande d'intervenir, si l'on a le choix, lorsque l'enfant a de 6 à 10 mois; moins radical, Ehrmann (de Mulhouse) opère vers la troisième année; enfin U. Trélat, dont j'imité la pratique, reculait l'acte chirurgical jusque vers 6 ou 7 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 obténez la fissure palatine, et le résultat phonétique sera nul, l'habitude étant devenue comme une seconde nature. Il faut donc, 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. Pour obtenir un très bon résultat fonctionnel, l'éducation post-opératoire est indispensable: or, elle ne peut être entreprise avec quelque chance 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 6 à 7 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. Prenez note encore 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. Enfin et surtout, d'après une expérience portant actuellement sur 150 cas, je puis affirmer qu'en suivant les préceptes de Trélat on n'a pas de mortalité, tandis que les relevés de J. Wolff accusent environ 15 pour 100 de décès.

II

MACROGLOSSIE

PAR LE D^r A. BROCA

Depuis bien des années, on trouve décrite dans les auteurs une lésion caractérisée par une hypertrophie, parfois énorme, de la langue, qui remplit la cavité buccale, puis pend au dehors d'elle.

Sans doute, dans ces *macroglossies*, sont englobées bien des lésions disparates, les unes congénitales par exemple, les autres acquises. Quelle parité établir entre un prolapsus lingual constaté dès la naissance et un autre qui s'installe après une glossite aiguë, passée à la chronicité? Et cependant, pour la *macroglossie vraie*, celle de l'enfance, il ne semble pas qu'on puisse admettre la congénitalité comme critérium, car parfois la lésion, quoique survenue à un âge quelconque, sans cause connue, paraît semblable à la macroglossie congénitale. Serait-ce donc que, dès sa naissance, le sujet portait une lésion méconnue, qui s'est mise à croître sans qu'on sache pourquoi?

C'est là une des obscurités de la question qui nous occupe: ce n'est pas la seule, et cela se conçoit, car il s'agit là d'une lésion fort rare. Est-elle, comme on l'a dit, moins rare en Angleterre, en Amérique, qu'en France? Le fait est possible. Ce qui est certain, c'est que cette maladie est exceptionnelle chez nous: je n'en ai pas observé un seul cas à l'hôpital Trousseau, où, depuis novembre 1892, j'ai soigné plus de 28 000 enfants.

Anatomie pathologique. — La macroglossie peut être produite par trois ordres de lésions: lymphatiques, vasculaires sanguines, musculaires. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un *lymphangiome*, comme dans bon nombre d'« hypertrophies congénitales ». Ce n'est alors sûrement pas une glossite chronique, et si, d'autre part, dans cette forme, parfois l'élément musculaire est anormalement développé, Virchow a fait voir qu'entre les fibres hyperplasiées existait un tissu conjonctif abondant, avec un aspect caverneux bien visible à la loupe. Dans ces espaces, il y avait des cellules lymphatiques, et au total Virchow concluait qu'il y avait une grande analogie avec l'éléphantiasis congénital. En outre, les histologistes modernes ont démontré, par l'imprégnation argentique, que ces lacunes ont un revêtement endothélial.

Lorsque l'on examine au microscope une langue atteinte de macroglossie lymphagiomateuse, on voit d'abord que la muqueuse est altérée. L'épithélium y est épaissi, les parties exposées à l'air en sont kératinisées. Les papilles, volumineuses, sont pour la plupart creusées de vacuoles contenant des cellules lymphatiques, dont quelques-unes s'agglomèrent en petits amas; par places des globules rouges peuvent être mêlés à ces cellules. Certaines