

CHAPITRE V

FISSURES CONGÉNITALES DE LA FACE ET DES MACHOIRES.

**Pathogénie.** — L'histoire des fentes de la face se trouve liée au nom immortel de Gœthe. Lorsqu'en étudiant l'anatomie sous la direction de Loders, Gœthe eût découvert l'os inter-maxillaire<sup>(1)</sup>, il pensa tout de suite que le bec-de-lièvre pouvait bien être dû à une soudure défectueuse de l'os inter-maxillaire avec le maxillaire. Ceci fut le point de départ de la théorie pathogénique que nous avons à exposer maintenant.

La face est formée d'un bourgeon impair se développant de haut en bas, le bourgeon frontal du capuchon céphalique, et de deux bourgeons latéraux, le premier arc branchial qui de chaque côté se portent vers la ligne médiane. Cet arc branchial se bifurque en une branche supérieure, le bourgeon maxillaire supérieur, et une branche inférieure, le bourgeon maxillaire inférieur; la fente transversale qui se forme ainsi entre les deux devient plus tard l'orifice buccal. Pour nous reconnaître plus facilement, nous admettrons l'existence de 5 appendices: le prolongement frontal aux dépens duquel se forment plus tard l'ethmoïde, le vomer, les deux os inter-maxillaires, la cloison du nez et la partie médiane de la lèvre; les deux prolongements maxillaires supérieurs qui donnent naissance aux deux maxillaires supérieurs, aux deux os zygomatiques, à la voûte palatine, aux lames externes des apophyses ptérygoïdes, aux parties molles des joues et aux parties latérales de la lèvre supérieure; enfin les deux bourgeons maxillaires inférieurs, d'où proviennent les deux moitiés du maxillaire inférieur, la lèvre inférieure et la langue.

(1) Il est erroné de dire — ce qui cependant se dit souvent — que Gœthe a découvert l'os intermaxillaire: déjà Galien le décrit, en attribuant il est vrai à l'homme une disposition simienne. Les anatomistes du moyen âge ont longuement discuté sur l'existence et les connexions de l'intermaxillaire humain, mais à l'époque de Gœthe cette existence était généralement admise. Gœthe a donc seulement étudié cette question après bien d'autres, et, ayant trouvé un crâne d'enfant hydrocéphale chez lequel l'intermaxillaire n'était pas soudé, il a émis l'opinion que le bec-de-lièvre était dû à ce défaut de soudure, porté au degré extrême. On ne pouvait aller plus loin à une époque où le développement des bourgeons faciaux était inconnu. Mais le fait d'anatomie descriptive qui constitue la doctrine de Gœthe est lui-même aujourd'hui reconnu erroné. (A. B.)

Les figures que nous donnons ici montrent quelques détails relatifs au développement de la face. Sur la figure 41 a), les deux bourgeons maxillaires inférieurs sont déjà soudés, par conséquent le maxillaire inférieur et la lèvre inférieure déjà formés; en même temps, de la face interne de ce bourgeon on voit déjà partir le prolongement destiné à former la langue. Le bourgeon maxillaire supérieur est encore peu

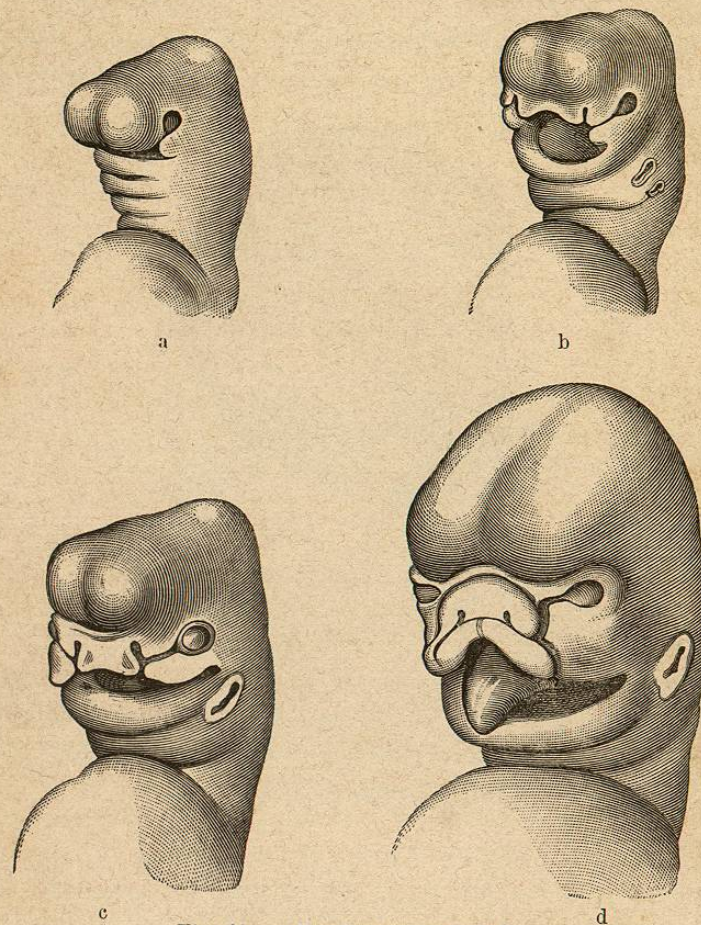


Fig. 41. — Développement de la face.

développé et le bourgeon frontal à peine marqué. Sur la fig. 41 b), les bourgeons maxillaires supérieurs se sont déjà rapprochés de la ligne médiane, en même temps que le bourgeon frontal s'est séparé en trois parties: une médiane et deux latérales.

Sur la figure 41 c) la partie latérale du bourgeon frontal s'est développée en bourgeon nasal externe, et la fente qui existe entre ce dernier et le bourgeon maxillaire supérieur contribuera à former les voies la-

crymales ; l'orifice des narines sera formé par la fente qui existe entre la partie latérale et la partie médiane du bourgeon frontal.

Sur la figure 41 d) on trouve la partie médiane du bourgeon frontal transformée en cloison du nez ; le bourrelet concave sous-jacent est la lèvre supérieure recouverte de sa muqueuse ; la fente buccale est encore très large ; les commissures des lèvres ne sont pas encore réunies.

Les faits que nous venons de passer en revue expliquent d'une façon satisfaisante l'origine des fentes congénitales de la face. Parmi ces der-



Fig. 42. — Fissure oblique de la face.

nières nous ne nous occuperons que de celles qui peuvent intéresser le chirurgien, et à ce point de vue nous aurons à étudier les fentes de la face proprement dite, les fentes des lèvres ou bec-de-lièvre, les fentes du palais et du voile ou gueule-de-loup.

#### § 1. — Fentes faciales.

Les fentes faciales se présentent sous deux formes.

La fente *oblique* ou diagonale de la face, comme celle représentée sur la figure 42, est connue aussi sous le nom de fente *génio-labiale* (Meloschisis) ; elle occupe la lèvre supérieure, passe à travers la joue, à côté du nez, et traverse la paupière inférieure ; dans le cas ci-dessus elle traversait également la paupière supérieure et la peau du front ; en profondeur, on ne sentait qu'une sorte d'encoche entre l'os intermaxillaire et le maxillaire supérieur gauche. Mais dans d'autres cas

la fente passe entre les deux os et les sépare entièrement l'un de l'autre. On comprend tout de suite que cette malformation est produite par une soudure défectueuse du bourgeon maxillaire supérieur et du bourgeon frontal, soit que ces parties ne se réunissent pas du tout, soit que la soudure ne s'effectue qu'entre les parties destinées à former le squelette de cette région. L'intervention chirurgicale faite dans un certain nombre de ces cas (Haselmann, Paul Broca<sup>1</sup>, Guersant) a donné des résultats très satisfaisants.

La fente *transversale* de la face ou *macrostomie* (*fissura buccalis transversalis*) est un peu plus fréquente. La figure 43, où il s'agit d'une malade opérée avec succès par C. M. Langenbeck, en est un exem-

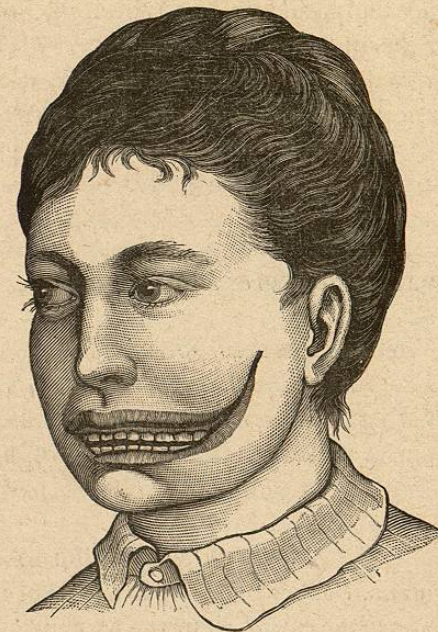


Fig. 43. — Macrostomie.

ple frappant. Il suffit de se rapporter à la figure 41 d) pour comprendre la pathogénie de cette variété. Il est évident que dans ce cas le développement des tissus, qui se forment normalement dans l'angle

(1) Le cas de Paul Broca ne rentre pas dans la catégorie des faits précédents (*colobome facial* dans la nomenclature d'Albrecht) ; la fissure, en effet, *entrait dans la narine*, comme dans le bec-de-lièvre ordinaire, et de là se prolongeait dans la direction des voies lacrymales. Dans la plupart des livres classiques on rapproche ce cas de celui de Guersant, mais à tort, car dans ce dernier (comme dans celui de la fig. 42) la fissure faciale passait *en dehors de la narine*. En pratique, il n'y a pas grande différence opératoire ; mais en théorie la différence est grande. (A. B.)

circonscrit par les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur du premier arc branchial et qui constituent les limites de la fente, a fait défaut en sorte que la fente buccale est restée ouverte. La raison de cet arrêt de développement nous échappe complètement. La coïncidence fréquente de la macrostomie avec des appendices pré-auriculaires, notée par Lesser et d'autres auteurs, parle en faveur d'un processus irritatif.

La macrostomie présente plusieurs variétés. Dans les cas légers, il y a seulement écartement anormal d'une ou des deux commissures des lèvres; dans d'autres cas, la fente qui traverse la joue est plus étendue d'un côté que de l'autre; dans d'autres cas encore la fente se dirige vers la région temporale ou le pavillon de l'oreille; enfin, la fente peut pénétrer jusque dans l'anti-tragus. Vrolik a rapporté le cas très curieux d'une femme qui mit au monde en trois grossesses trois enfants tous atteints de macrostomie, bien qu'ils provinssent de pères différents. Des opérations dans des cas de ce genre ont été faites par Muralt, Colson, Fergusson, etc.

## § 2. — Fissures labiales.

Les fissures des lèvres se présentent sous des formes très variées. Les fentes *médianes* sont excessivement rares. Quand il s'agit de la lèvre supérieure il faut distinguer si la fente est due à l'absence de l'inter-maxillaire et de la partie correspondante de la lèvre, alors la fente est très large; ou si la fente existe dans une lèvre sans perte de substance, comme dans les cas d'Ammon<sup>1</sup>.

Les fentes médianes de la lèvre inférieure forment de véritables curiosités pathologiques. Si l'on se rapporte à la figure 41, qui montre que les bourgeons maxillaires inférieurs se soudent de bonne heure, on comprend que cette formation ne peut se produire que tout à fait au début de la vie fœtale.

**Bec-de-lièvre ordinaire.** — Les fentes *latérales* des lèvres, les becs-de-lièvre ordinaires, sont fréquents et intéressent tous les médecins. Ils sont simples ou doubles et sont produits par l'absence de soudure uni ou bilatérale entre le tubercule labial médian, formé par le bourgeon frontal, et la partie latérale de la lèvre supérieure provenant du bourgeon maxillaire supérieur<sup>2</sup>.

(1) Il s'agit alors d'un arrêt de développement par défaut de coalescence. (A. B.)

(2) Les résultats des recherches récentes d'Albrecht plaident contre la théo-

Le bec-de-lièvre s'accompagne fréquemment de fissure de la voûte palatine; unilatéral, il siège le plus souvent à gauche. On en distingue plusieurs degrés. La fente peut ne traverser que le rouge des lèvres, ou remonter plus haut dans une certaine étendue (coloboma) ou occuper toute la lèvre et pénétrer dans la narine (fissure). Un des bords de la fente est ordinairement plus charnu, plus épais; l'autre, qui se prolonge dans la narine dilatée, est plus mince. Les figures que nous donnons ici montrent les principales variétés.

Fait très curieux, certains becs-de-lièvre se cicatrisent pendant la vie intra-utérine; on en a publié une vingtaine de cas. Ce qui est encore plus curieux, c'est que dans une aussi petite ville que Innsbruck j'ai observé deux cas de ce genre dans le courant de la même année. La figure 44 A se rapporte à un de ces malades. La cicatrice qui remontait tout le long de la lèvre supérieure était mathématiquement droite et présentait au milieu une fine rigole, comme si cette cicatrice

rie généralement admise que nous venons de reproduire. En examinant des pièces de bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral, Albrecht a trouvé que la fente passe non pas entre l'os incisif et le maxillaire supérieur, mais entre l'incisive médiane et l'incisive latérale. En se basant sur des données d'anatomie comparée, cet auteur admet que l'homme possède quatre os incisifs correspondant chacun à une dent incisive. Les deux incisives médianes (endognathion) proviendraient de la partie moyenne du bourgeon frontal (v. fig. 28 c), les deux latérales (mésognathion) des parties latérales du même bourgeon. Il y aurait par conséquent cinq sutures incisives: une médiane (entre les deux endognathions), deux externes (de chaque côté entre le mésognathion et le maxillaire, ou l'exognathion), deux moyennes (de chaque côté entre le méso et l'endognathion). Ces sutures existaient sur les 9/10 des crânes d'enfants examinés par Albrecht. D'après nos connaissances actuelles, la fente latérale du maxillaire passe entre le mésognathion et le maxillaire; d'après Albrecht, elle passerait entre l'endo et le mésognathion, dans la suture endo-mésognathique; l'os incisif correspondant à l'incisive latérale, devrait être cherché en dehors de la fissure<sup>1</sup>.

(1) Je me suis spécialement occupé de cette question dans une série de mémoires (1886-87) et mes dissections m'ont prouvé qu'ostéologiquement Albrecht a incontestablement raison: la fissure passe presque toujours entre deux incisives et d'autre part elle pénètre dans la narine, ce qui prouve nettement qu'elle laisse en dehors d'elle l'apophyse montante de l'inter-maxillaire. (A. B.)

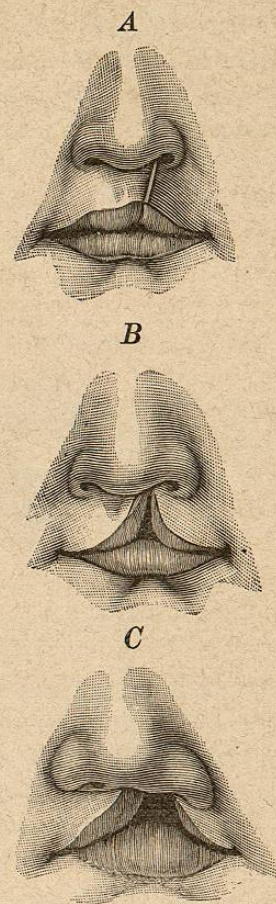


Fig. 44. — Degrés du bec-de-lièvre ordinaire.

provenait de la soudure des deux autres. Du reste les fissures faciales prolongées peuvent également se souder pendant la vie intra-utérine (Kraske)<sup>1</sup>.

**Opération du bec-de-lièvre simple.** — Cette opération varie suivant la disposition anatomique de la malformation. Prenons un cas simple, où la fente ne pénètre pas dans la narine, mais s'arrête au milieu de la lèvre. La tâche de l'opérateur consistera à aviver les bords de la fissure afin d'obtenir, en les rapprochant, leur réunion par première intention. Mais si on se contentait des deux incisions se rencontrant en haut sous un angle, il pourrait arriver qu'en suturant les lèvres de la plaie on produise une sorte d'encoche au niveau du rouge des lèvres. En effet, si les deux incisions forment un angle, c'est à ce niveau qu'il faut commencer les sutures en descendant vers le bord infé-

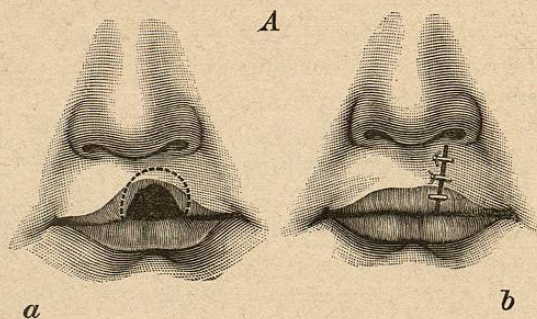


Fig. 45. A. — Procédés anciens pour opérer le bec-de-lièvre.

rieur de la lèvre. Mais comme ordinairement un des bords de la fente est plus long que l'autre, il arrivera que, l'incision externe étant plus longue que l'interne, il se produira forcément une encoche au niveau du rouge des lèvres. Aussi pour aviver les bords de la fente fait-on une incision arciforme, dans le genre de celle représentée sur la figure 45 A) par la ligne ponctuée. Avec cette incision, on peut faire la première suture sur la limite de la muqueuse et de la peau au niveau du rouge des lèvres.

Ce procédé présente encore un autre avantage. Comme la lèvre

(1) L'expression : *cicatrisation intra-utérine*, est vicieuse, car toujours sur ce trajet il y a une ligne normale de soudure intra-utérine. Il y a eu une coalescence peut-être retardée, en tout cas troublée, si bien qu'au lieu d'être invisible elle laisse une trace apparente, et on y trouve la structure du tissu cicatriciel. Il faut sans doute tenir compte pour beaucoup, dans ces cas, d'insertions de brides amniotiques. Il est assez fréquent, enfin, qu'une fissure labiale limitée soit prolongée à la face par un sillon cicatriciel. (A. B.)

s'accroît avec les années et que la cicatrice se rétracte, il pourrait arriver que la rétraction de la cicatrice attirât le rouge des lèvres et reproduisît un bec-de-lièvre peu accusé, dans le genre de celui qu'on observe dans le cas de cicatrisation intra-utérine (fig. 44 A). L'incision arciforme, qui donne lieu à une cicatrice étendue en longueur, s'oppose à cette déformation secondaire<sup>1</sup>.

Un autre point très important est de savoir à quelle distance des bords de la fente il faut faire les incisions. Ordinairement la lèvre est plus épaisse au niveau du bord rouge, et plus mince tout autour de la fente. Aussi faut-il s'efforcer de tailler dans l'épaisseur normale de la lèvre afin d'obtenir deux surfaces larges aptes à la réunion par première intention.

Mais dans le plus grand nombre des cas de bec-de-lièvre la fente remonte assez haut, de sorte que tantôt le sommet de la fente pénètre dans la narine, tantôt il n'en est séparé que par une sorte de pont mince. L'incision arciforme ne convient plus pour ces cas, et pourtant il est nécessaire d'avoir une cicatrice plus longue que la hauteur de la lèvre. C'est alors qu'on pourra employer avec avantage le *procédé de Malgaigne*. Il utilise les bords de la fente pour faire deux lambeaux latéraux qui sont rabattus en bas, de sorte que les surfaces cruentées se regardent (fig. 45 B).

Le *procédé de Nélaton* est encore plus ingénieux, pour les cas où le pont cutané persiste. L'incision commence sur la ligne de démarcation entre la peau et le rouge des lèvres, contourne la fente, en prenant toute l'épaisseur des tissus, et s'arrête au point opposé au point de départ. On attire alors en bas le lambeau ainsi taillé et comprenant les bords de la fente, et on le renverse de façon à ce que le côté couvert de muqueuse arrive à allonger de toute son étendue la face inférieure de la lèvre. On suture ensuite les surfaces cruentées. La cicatrice qu'on obtient par ce procédé est deux fois plus longue que la fente. Le bourrelet muqueux qui se forme forcément au bas de la fente peut devenir le point de départ d'une malformation quand les nourrissons prennent l'habitude de sucer cet appendice et l'allongent peu à peu de façon à lui donner la forme d'une poire. Le procédé de Nélaton ne peut donc être employé que dans les fentes courtes où le bourrelet muqueux, dû à la longueur de la cicatrice, sera peu accusé<sup>2</sup>.

(1) Même avec cette incision arciforme et pour une fissure labiale partielle, l'encoche secondaire est à peu près inévitable, et ce procédé doit définitivement être abandonné pour les procédés à lambeaux, dont celui de Mirault (voy. fig. 45, D) est incontestablement le meilleur pour la grande majorité des cas simples. (A. B.)

(2) Je crois, au contraire, que le procédé de Malgaigne-Nélaton doit être ré-