

fistule de la lèvre supérieure. Elle s'ouvrait sur le bord muqueux de la lèvre supérieure par un étroit orifice, et remontait vers la narine jusqu'à un point situé au-dessous du sillon gingivo-labial. Là elle se terminait en cul-de-sac. Son trajet correspondait donc à la fente du bec-de-lièvre vulgaire. Elle fut extirpée en totalité. Sa structure présentait ceci de particulier que la paroi renfermait des glandes sébacées et sudoripares près de l'orifice, tandis qu'on n'y trouvait que des glandes muqueuses au voisinage du cul-de-sac terminal (1).

A la lèvre inférieure, l'anomalie se présente avec des caractères tout particuliers. Sauf dans un cas de Lannelongue où l'on voyait sur le bord de la lèvre une fente parallèle à ce bord, ayant 15 milli-

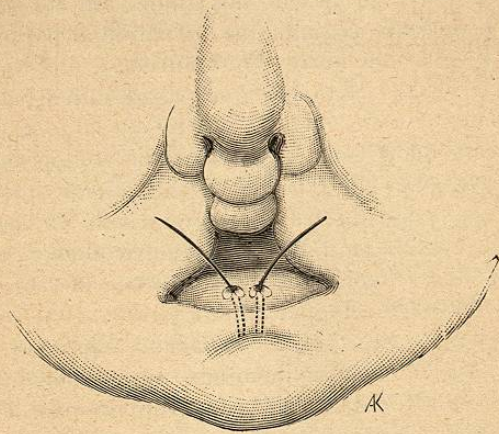


Fig. 139. — Double fistule congénitale de la lèvre inférieure chez un sujet atteint du bec-de-lièvre bilatéral congénital (M. D.) (d'après Lannelongue).

mètres de long, correspondant à une cavité d'un centimètre de profondeur, on a toujours observé deux trajets fistuleux dont les orifices, tantôt déprimés en entonnoir, tantôt élevés au-dessus des parties voisines, éloignés l'un de l'autre de 3 millimètres, étaient plus rapprochés de la face muqueuse que de la face cutanée (fig. 139). Les trajets correspondants cheminaient l'un vers l'autre dans la profondeur jusqu'à un ou deux centimètres, sans jamais se confondre, et toujours recouverts par la couche musculaire. La pression en faisait s'écouler un liquide muqueux assez semblable à la salive submaxillaire.

Depuis le premier fait signalé par Demarquay, les exemples de cette anomalie se sont multipliés avec peu de variantes d'ailleurs ; Lannelongue en rapporte dix, Madelung en a observé un récemment (2). Depaul dit avoir constaté des glandules s'ouvrant dans ces

(1) FEURER, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLVI, S. 35.

(2) MADELUNG, *Arch. für klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVII, S. 271-275.

trajets. Les faits de Trélat et de Clutton sont curieux par l'existence d'un pli saillant tendu entre les deux orifices. La lèvre offre toujours quelques modifications consistant en plus d'épaisseur, en un relief exagéré de sa partie moyenne et en un ectropion modéré. L'anomalie coïncide à peu près constamment avec un bec-de-lièvre compliqué de la lèvre supérieure. Les cas de Richet, de Demarquay et de Murray montrent qu'elle peut être héréditaire.

Sa pathogénie a un intérêt particulier. Meckel, Dursy, Reichert, entre autres, ont affirmé l'existence, chez les animaux et chez l'homme, d'un os intermaxillaire inférieur, constitué par un bourgeon spécial. La double fistule congénitale serait due à la coalescence incomplète de ce dernier avec les bourgeons maxillaires inférieurs.

L'ablation en forme de V de la portion de lèvre affectée (Blandin et Richet), ou la dissection des trajets entre la musculaire et la muqueuse (Lannelongue) permettent de débarrasser les malades de cette petite difformité.

## II. — FISSURES SUPERFICIELLES ET PROFONDES.

En dehors des fistules, qui forment un petit groupe spécial, il y a des malformations caractérisées par l'existence de fentes ou de fissures, dont les unes, très fréquentes ou assez fréquentes, sont constantes dans leur siège et leurs principales particularités, et dont les autres sont exceptionnelles par leur situation, par leur étendue et surtout par les circonstances qui paraissent les avoir déterminées. Les premières sont typiques, les secondes atypiques (A. Broca). Pour la première catégorie la cause prochaine de l'anomalie est ordinairement un arrêt de développement ; pour la seconde il faut souvent faire intervenir l'action directe de quelque disposition anormale des annexes de l'embryon, adhérence ou bride.

Depuis la division la moins étendue de la lèvre jusqu'à la fente complète, intéressant la lèvre supérieure des deux côtés ou d'un seul côté, la voûte palatine et le voile du palais, il existe toute une série de malformations par arrêt de développement des bourgeons signalés plus haut comme concourant à la constitution de la face. Leurs conditions diverses d'aspect et de forme, leurs combinaisons entre elles seront étudiées plus loin avec soin. Pour les faits exceptionnels, dont il sera question tout d'abord, la cause productrice n'est pas toujours aussi aisée à déterminer. S'il y a des cas dans lesquels on doit forcément reconnaître les effets de brides amniotiques constatées à l'examen des pièces, il en est d'autres où l'on ne peut que soupçonner ce mécanisme et où l'on est encore autorisé à se demander si un arrêt de développement n'a pas joué son rôle.

**Étiologie.** — Après ce coup d'œil général sur les diverses sortes de fissures labiales, quelques mots relatifs à leur étiologie compléteront



ce qui vient d'être dit des conditions fondamentales dont elles relèvent. Les lois de l'embryologie ont fourni la clef de la plupart, sinon de toutes les malformations faciales. Elles ont relégué dans le domaine de la fable les explications purement imaginatives par lesquelles depuis longtemps le vulgaire, ami du merveilleux, a cherché à se rendre compte des difformités congénitales : envies de grossesse, impressions visuelles chez la femme enceinte. Tout au plus pourrait-on accorder quelque influence aux émotions violentes ressenties par la femme enceinte dans les premières semaines de la grossesse, et, d'une façon générale, aux circonstances capables de déterminer une soudaine dépression, un ébranlement violent du système nerveux.

Il y a cependant des particularités qui restent inexplicables. Pourquoi les fissures faciales sont-elles souvent héréditaires? Ce fait est indéniable. Il n'est pas un médecin qui n'ait eu l'occasion de le vérifier. Comment se rendre compte de la mystérieuse transmission qui peut faire d'un arrêt de développement une sorte de tare commune à plusieurs enfants d'une même lignée? Pourquoi aussi les fissures labiales (et spécialement le bec-de-lièvre), siègent-elles beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite? Il n'y a pas de réponse sensée à ces questions.

Lorsque la malformation semble être nettement accidentelle et échapper à toute influence héréditaire, on s'est demandé si, en dehors des adhérences anormales et des tumeurs faciales ou crâniennes, certaines circonstances locales ou certaines influences physiques extérieures n'intervenaient pas comme causes indirectes du trouble de l'évolution embryonnaire. La réponse à ces questions est fournie, mais d'une manière encore assez vague, par les recherches expérimentales de Dareste. Cet ingénieux observateur a pu produire à volonté des difformités sur les embryons de poulets, en mettant en jeu des influences déterminées. Il a constaté que l'excès ou l'insuffisance de la chaleur ambiante, la position verticale des œufs, leur immobilité trop longtemps prolongée empêchaient le développement du germe ou donnaient lieu à des monstruosités. Il a constaté encore que les grands bruits, les vibrations violentes, surtout les secousses brusques et énergiques, pouvaient amener une perturbation grave de l'évolution embryogénique et occasionner des malformations de diverses sortes. Il a établi que ces causes perturbatrices ne produisaient de grands effets que pendant les quatre premiers jours de l'incubation. Si les trois premières de ces causes ne peuvent s'appliquer à l'œuf humain, il n'en est pas de même des secousses. L'influence des chocs ne peut guère être mise en doute chez la femme, mais il faut que, pour être efficace, elle s'exerce pendant les premières semaines de la gestation. Cette phase doit être celle de toutes les malformations, graves ou de peu d'importance, car la coales-

cence des bourgeons, des arcs et des lames est chez l'embryon un phénomène précoce.

Pour ce qui est des fissures palatines, en dehors des cas où il semble de toute évidence qu'une tumeur congénitale de la langue (Fernet, Lannelongue), une tumeur de la face externe de la dure-mère (A. Broca), ou des kystes de points de départ divers (Retzius, Otto, Wegelin, Haak), ont empêché par pression la coalescence des apophyses palatines et déterminé une fissure, leur étiologie est la même que celle des autres fissures faciales; elles obéissent aux mêmes influences médiatees ou immédiates, elles sont sous la dépendance des mêmes causes indirectes ou prochaines.

#### A. — FISSURES EXCEPTIONNELLES.

Tout ce qui n'est pas le bec-de-lièvre ordinaire, simple ou compliqué, à ses divers degrés ou dans ses diverses formes, doit être placé dans cette catégorie. Comme la connaissance des faits suivants n'a guère qu'un intérêt scientifique, il n'y aura pas lieu d'insister beaucoup sur leurs caractères particuliers.

Aux cas de *fissure médiane du nez* signalés plus haut (p. 480), il y en a deux à ajouter, qui ont été récemment publiés par D. Nasse (1).

A la *lèvre supérieure* on a observé quelquefois une fissure absolument médiane, remontant plus ou moins haut vers la cloison nasale, n'intéressant que les parties molles ou s'étendant au squelette; alors l'anomalie consiste dans un écartement plus ou moins grand des deux intermaxillaires. Lannelongue rapporte plusieurs cas de ce genre (fig. 140).

Le défaut de soudure du bourgeon frontal et du bourgeon maxillaire supérieur donne lieu à la fissure dite *fronto-maxillaire*, que l'on désigne encore sous le nom de *coloboma facial*. La fissure fronto-maxillaire diffère du bec-de-lièvre vrai typique par son siège en dehors de la narine, par son extension au-dessus du niveau de cette dernière jusqu'à la paupière inférieure et parfois jusqu'au grand angle de l'œil. Elle peut être limitée aux parties molles ou étendue jusqu'au squelette inclusivement. Elle coïncide avec d'autres difformités de la face ou du reste du corps. Les auteurs suivants en ont vu des exemples : Thomas (de Tours) (fente superficielle respectant la lèvre et

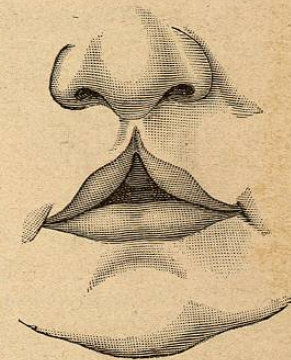


Fig. 140. — Fissure médiane de la lèvre, d'après le moule du Muséum.

(1) D. NASSE, *Arch. für klin. Chir.* Bd XLIX, S. 767.



commençant seulement en dehors de la narine pour aller se terminer dans la paupière supérieure), Michel (de Strasbourg), Kraske (fissure fronto-maxillaire superficielle, divisant la lèvre et remontant jusque vers l'angle interne de l'œil, sous la forme d'une gouttière de tissu cicatriciel), Pelvet (cicatrice du même genre située à droite et coexistant avec une grande fissure intermaxillaire) (fig. 141), Guersant

(fissure fronto-maxillaire double, avec division des os, partant de la lèvre supérieure et atteignant la conjonctive) (fig. 142). Un fait très complexe, se rapprochant des précédents, a été publié récemment par Herhold (1). Le sujet



Fig. 141. — Fissure fronto-maxillaire du côté droit. Fissure commissurale du côté gauche. (D'après Pelvet, *Société de biologie*, 1864, 3<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 417.)



Fig. 142. — Cas de bec-de-lièvre double avec division des joues jusqu'aux paupières (Guersant).

présentait les lésions suivantes : fente typique de la lèvre supérieure, à gauche, comme dans le bec-de-lièvre (ceci paraît contestable, à en juger d'après la figure 1 de ce travail), fente intéressant la peau et la muqueuse de la joue, et remontant du nez intact au milieu de la paupière inférieure; à droite sillon rubané partant de la commissure labiale et aboutissant à l'angle externe des paupières; du côté du palais, division complète à gauche, incomplète et postérieure à droite.

D'autres cas plus compliqués, plus atypiques encore, font partie du domaine de la tératologie proprement dite. Ils n'ont droit qu'à une mention dans un *Traité de chirurgie clinique*. Certains d'entre eux, observés sur des fœtus exencéphaliens, sont remarquables par

(1) HERHOLD, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLVIII, p. 901.

l'existence de brides partant de l'intérieur de la bouche et remontant jusqu'au cerveau (fig. 143).

Des faits du même genre se voient sur des sujets présentant des fissures intermaxillaires. Les uns et les autres autorisent à se demander si quelques-unes de ces fissures ne seraient pas occasionnées par des brides amniotiques qui auraient tout à fait disparu, ou si elles sont encore dues, comme les fissures typiques, à un arrêt de développement. Pareille question est d'autant plus légitime que « l'étude de la fissure fronto-maxillaire établit l'insuffisance des théories pathogéniques du bec-de-lièvre, aussi bien de la théorie d'Albrecht que de celle de Goethe. » (Lannelongue.)

Voici maintenant une autre malformation due tantôt au défaut de

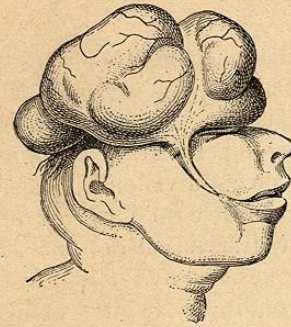


Fig. 143. — Bride passant par une fissure intermaxillaire et aboutissant au cerveau sur un fœtus exencéphalien.



Fig. 144. — Macrostomie unilatérale (fissure intermaxillaire), d'après Lannelongue.

coalescence du bourgeon maxillaire supérieur et du bourgeon maxillaire inférieur dans la région de la joue, tantôt à l'interposition d'une bride amniotique allant de la bouche au cerveau ou à l'œil. C'est la fissure commissurale, qui existe à l'état isolé ou coexiste avec la fissure fronto-maxillaire et d'autres malformations. Elle est plus fréquente que la fronto-maxillaire; elle est parfois bilatérale et complète, comme dans le cas de Muralt (division d'une oreille à l'autre). Cette malformation a reçu le nom de *macrostomie*. Lannelongue en rapporte plusieurs exemples moins compliqués. Les bords de la fente, « aplatis, froncés, irréguliers » (Colson), sont ordinairement écartés; ils laissent apercevoir les rangées dentaires et s'échapper la salive (fig. 144). Chez les sujets non affectés d'autres malformations graves, la restauration de la face s'est montrée aisée et simple jusqu'ici au moyen de l'avivement et de la suture. On peut prévoir le cas où, l'étoffe manquant, il serait nécessaire de faire une autoplastie plus complexe avec déplacement d'un ou de deux lambeaux taillés aux dépens de la joue.



Il a été traité des fistules de la lèvre inférieure à propos des fistules embryonnaires de la face en général. La *fissure* de la lèvre inférieure, *bec-de-lièvre inférieur*, doit nous arrêter un instant. Lannelongue a pu réunir plusieurs faits de ce genre, publiés par Et. et Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Meckel, Nicati, Couronné, Tronchin, Bouisson, Parise, Hamilton, faits relativement simples où l'on voit la division offrir tous les degrés, depuis la simple encoche superficielle jusqu'à la division du maxillaire inférieur et de la langue (Parise). Elle coexiste souvent avec d'autres difformités congénitales: bec-de-lièvre supérieur, fissure vélo-palatine, pied bot, etc.

Le traitement chirurgical peut s'inspirer des méthodes qui seront décrites plus loin pour le bec-de-lièvre proprement dit et qui ont généralement réussi dans les cas simples de fissure labiale inférieure.

#### B. — BEC-DE-LIÈVRE.

La soudure des bourgeons ptérygo-palatins et des apophyses palatines des maxillaires supérieurs doit s'effectuer plus sûrement et plus tôt que celle des deux bourgeons maxillaires supérieurs avec le bourgeon frontal, car les fentes de la lèvre supérieure sont infiniment moins rares que celles de la voûte palatine et du voile du palais. En dépit de cette différence de fréquence, je trouve qu'il y a un intérêt réel à placer dans un même chapitre la description de toute cette série de malformations de causes identiques, souvent associées chez un même sujet. Voyons dans quelles conditions se présentent ces associations.

Il faut savoir tout d'abord que l'existence d'une fente palatine n'entraîne pas forcément celle d'un bec-de-lièvre; d'autre part, à considérer les choses par les deux extrémités du système labio-palatin, on observe parfois sur le même sujet un bec-de-lièvre avec une division du voile et de la partie postérieure du palais osseux. Il y a alors une portion intermédiaire du palais intacte. La continuité de la malformation n'est donc pas de règle absolue, quand il y a deux fissures, l'une labiale, l'autre vélo-palatine. Elle se réalise cependant d'une façon que l'on peut considérer comme presque constante dans le cas d'un bec-de-lièvre double accompagné de fissure alvéolaire double profonde. Alors la solution de continuité se prolonge du côté du palais osseux et du voile, et la malformation, offrant son type le plus complet à des degrés divers, s'étend depuis la lèvre supérieure inclusivement jusqu'au bord postérieur de la voûte vélo-palatine.

Toutes les variétés peuvent être ramenées aux types suivants :

1° **Bec-de-lièvre simple unilatéral.** — Il siège le plus souvent à gauche de la ligne médiane. Dans les cas les moins accentués, la malformation consiste en une simple encoche de la muqueuse seule (fig. 145). Dans les cas plus accentués, la division remonte plus ou moins

haut vers la narine; elle sépare celle-ci en deux moitiés lorsqu'elle est complète. P. Broca a observé une fois une division qui traversait pour ainsi dire la narine, reprenait sur son bord supérieur et montait

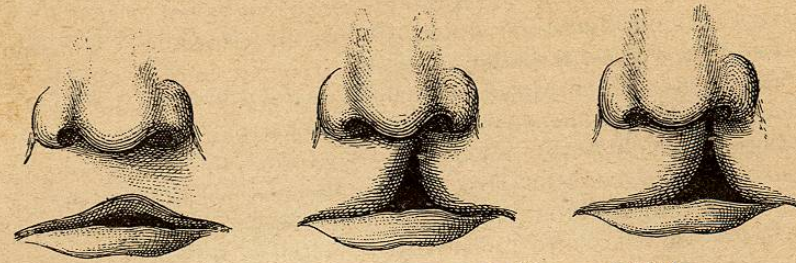


Fig. 145. — Les trois types du bec-de-lièvre unilatéral.

jusqu'à peu de distance de la racine du nez. Ce fait est resté unique jusqu'à ce jour.

Ordinairement, la muqueuse labiale est en éversion plus ou moins marquée sur la face cutanée de la lèvre. Tantôt les deux bords de la fissure ont la même épaisseur, tantôt le bord externe est un peu atrophié par rapport à l'autre. La disposition inverse (atrophie et brièveté du bord interne) s'observe rarement dans le bec-de-lièvre unilatéral. Lorsque la fissure est complète, les deux moitiés de la narine sont écartées l'une de l'autre et rattachées aux bords osseux sous-jacents par une bride résistante d'aspect blanchâtre qui s'oppose à tout déplacement. Le cartilage latéral est déformé, aplati, retourné en dedans; l'aile du nez, attirée en dehors, est en même temps abaissée (fig. 146).

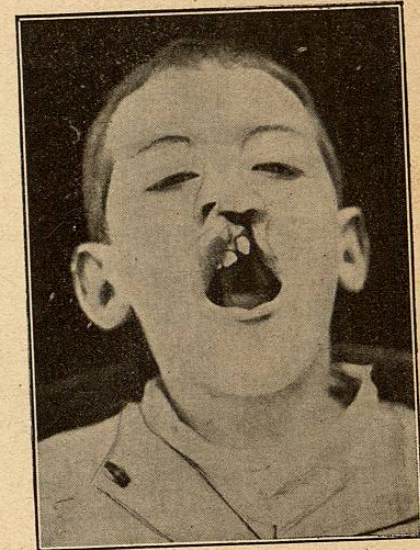


Fig. 146. — Bec-de-lièvre unilatéral avec saillie irrégulière de l'os intermaxillaire et grande division vélo-palatine. Déformation très marquée de la narine (cas personnel).

Ces dernières particularités (atrophie de la lèvre externe de la fissure, ouverture large et aplatissement de la narine, abaissement de l'aile du nez) s'observent à des degrés plus élevés dans les formes plus compliquées dont il va être question.

2° **Bec-de-lièvre unilatéral avec fissure des parties osseuses.** — Il n'y a rien à dire de plus de la malformation des parties



molles; du côté des os il y a trois degrés à distinguer. Dans le *premier degré*, on voit une fente à peine indiquée de l'arcade alvéolaire. La muqueuse passe régulièrement d'un côté à l'autre par devant et par derrière; sous la bandelette de muqueuse la substance osseuse fait défaut et il existe une très faible inégalité de niveau entre les deux bords de la très petite brèche osseuse.

Dans un *deuxième degré*, le bord alvéolaire seul est divisé; un pont muqueux dépourvu de substance osseuse sépare à peu près jusqu'au trou palatin antérieur les deux bords osseux masqués par leur revêtement périostéo-muqueux. L'os intermaxillaire fait en avant du maxillaire supérieur voisin un relief plus ou moins marqué et se tord sur lui-même, de telle sorte que le bord interne de la brèche (bord de l'intermaxillaire) se relève en haut et en dehors. Les dents, quand il en existe, subissent des déplacements correspondant à la torsion de l'intermaxillaire sur son axe antéro-postérieur. Elles en subissent aussi d'indépendants, dans leurs alvéoles; de là vient qu'elles pivotent souvent sur elles-mêmes ou se dévient de façon à prendre les positions les plus irrégulières. Leur axe se dirige alors horizontalement du côté de la fissure, ou en avant, parfois en haut; elles se placent aussi les unes devant les autres. Il y en a assez souvent de surnuméraires; alors l'os intermaxillaire porte deux incisives et l'on en reconnaît une troisième sur la partie la plus antérieure du maxillaire supérieur.

Ces irrégularités dentaires appartiennent surtout au *troisième type* de fissure alvéolo-palatine compliquant le bec-de-lièvre unilatéral, lequel est caractérisé par une division intéressant toute la hauteur du bord alvéolaire, ainsi que la partie la plus antérieure de la voûte palatine. Cette portion de la fente a une direction oblique en arrière et en dedans vers le trou palatin antérieur, où elle s'arrête.

Le *quatrième type* consiste dans la combinaison de la fissure alvéolo-palatine avec une fissure vélo-palatine complète qui en est la prolongation (fig. 146).

Lorsque le bec-de-lièvre est compliqué de fissure osseuse, il arrive quelquefois que les parties molles font réellement défaut en partie. Les portions de lèvre qui devront fournir des lambeaux pour la restauration sont irrégulières, atrophiées et rétractées. Ces déficiences s'observent aussi bien avec le bec-de-lièvre unilatéral qu'avec le bec-de-lièvre double (fig. 147 et 148).

De l'étude du mode de formation de l'os intermaxillaire résumée plus haut (p. 677), découle la question de savoir si, dans le bec-de-lièvre compliqué, la fente osseuse se trouve entre le maxillaire supérieur et l'os intermaxillaire externe, ou entre les deux os intermaxillaires. L'opinion régnante jusqu'à ces dernières années était que la fissure du bord alvéolaire passait entre le maxillaire supérieur et l'intermaxillaire externe. On vécut sur cette idée pendant au moins

un demi-siècle, et l'appoint que lui fournit la haute compétence de Coste ne fut pas de mince importance. Cependant, s'appuyant sur des recherches embryologiques intéressantes et sur la dissection d'une pièce provenant de l'homme, Albrecht soutint que la fissure osseuse passait entre l'os intermaxillaire interne et l'externe. Son principal argument fut qu'il y avait presque toujours une incisive sur ce qui paraît être le maxillaire supérieur, en avant de la canine. Il est vrai que très souvent, sur le tubercule médian, dans le cas de bec-de-lièvre double intéressant le squelette, il y a quatre incisives; ou bien, si la fissure est unilatérale, on voit deux incisives à partir de la ligne médiane jusqu'à la fissure, ce qui n'empêche pas qu'il existe une troisième incisive de l'autre côté de celle-ci, en avant de la canine. De ces trois incisives il y en a forcément une supplémentaire, mais laquelle? Est-

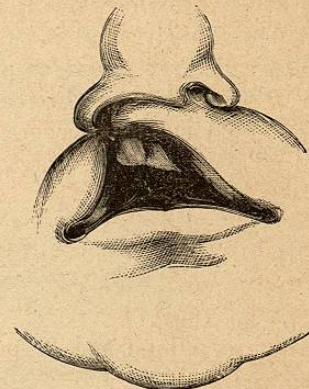
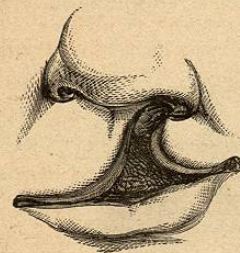


Fig. 147. — Bec-de-lièvre unilatéral avec atrophie de la partie externe de la lèvre. Fig. 148. — Bec-de-lièvre unilatéral avec insuffisance des parties molles.

ce celle qui est en dedans ou celle qui est en dehors de la solution de continuité? La question ne pourrait se trancher que par la dissection de la pièce.

Établissons d'abord dans quelles proportions on observe une incisive précanine, sur le bord externe de la fissure. Si l'on additionne les 52 becs-de-lièvre que Th. Kölliker a examinés à ce point de vue et les 58 cas personnels de A. Broca, cela fait un ensemble de 110 faits se décomposant de la manière suivante :

L'incisive précanine existait.....	72 fois sur 100.
Elle manquait.....	7 — —
La question ne pouvait être résolue dans	21 cas.

Un des faits embryologiques rapportés plus haut, à propos du développement de la face, aurait pu beaucoup aider à établir une opinion ferme, si l'on avait eu l'occasion de le vérifier sur l'homme atteint de fissure osseuse. En effet, d'après ce que l'on a vu, à l'alvéole de l'incisive latérale ou externe est annexée l'apophyse nasale ascendante; à celle de l'incisive interne ou médiane, l'apophyse palatine



antéro-postérieure (Lafarge, Tenon, Meckel, Nicati, Huguier, Désormeaux, Mirault, Volkmann, Lannelongue). Si donc, dans des dissections de becs-de-lièvre, on trouvait constamment l'apophyse montante, qui surmonte l'intermaxillaire externe, en dehors de la fissure, la justesse de l'opinion d'Albrecht serait démontrée du coup. Malheureusement cette démonstration n'est pas encore faite d'une façon suffisante. Elle paraît l'avoir été par Albrecht sur des pièces provenant d'un cheval et d'un veau ; par A. Broca sur un chat, peut-être une fois par Albrecht lui-même sur une pièce d'origine humaine ; par Adrien Pozzi, on l'a vu plus haut, sur des chiens ; plus récemment par Ehrhardt. C'est un commencement de preuve qui n'est pas sans valeur ; mais on doit attendre, pour se prononcer absolument, que de nouveaux faits très précis s'ajoutent à ceux dont on ne peut encore tirer que des présomptions pleines de vraisemblance.

3° **Bec-de-lièvre bilatéral simple.** — On constate des deux côtés les particularités propres au bec-de-lièvre simple unilatéral, mais

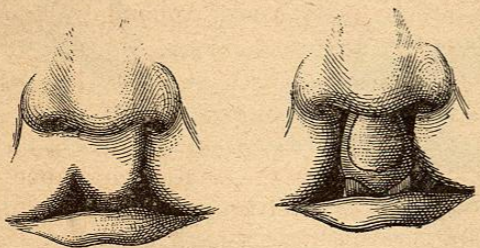


Fig. 149. — Types du bec-de-lièvre double.

parfois à des degrés différents. La symétrie des malformations n'est pas une règle absolue ; il se peut que d'un côté la fissure soit incomplète, tandis que du côté opposé elle intéresse le bord inférieur de la narine (fig. 149). En cas de difformité double, les deux fissures circonscrivent, avec la sous-cloison nasale, un lobe labial médian, tantôt d'une longueur normale, tantôt un peu court, bordé de muqueuse sur tout son pourtour, rattaché au rebord osseux de la narine, comme le bord opposé de la fissure, par une ferme adhérence. D'une façon générale, le bec-de-lièvre bilatéral, sans aucune malformation osseuse, est rare.

4° **Bec-de-lièvre bilatéral compliqué.** — La complication osseuse affecte plusieurs aspects : fissure purement alvéolaire des deux côtés, avec légère saillie de tout l'os intermaxillaire ; fissure plus profonde avec conservation des muqueuses nasale et buccale qui passent d'un bord à l'autre des brèches osseuses ; enfin fissure complète entamant les muqueuses comme la substance osseuse et aboutissant, par deux lignes convergeant en dedans et en arrière, au trou palatin antérieur. En ce cas il est presque de règle que la voûte

palatine soit divisée. Cependant Lannelongue rapporte des cas où le palais était intact. Le petit opéré sur lequel Paul Broca a pour la première fois suturé les deux bords d'un os intermaxillaire saillant aux deux maxillaires supérieurs, présentait justement cette disposition. Le relief en avant de l'os intermaxillaire augmente en proportion de la profondeur des fissures, et le lobe labial médian diminue de plus en plus. Dans ce cas aussi, la symétrie absolue des difformités n'est pas de règle ; il peut exister d'un côté une fissure simplement alvéolaire et de l'autre une fissure complète. Cette combinaison est exceptionnelle.

#### C. — FISSURES DU VOILE ET DU PALAIS OSSEUX.

La division *congénitale* du palais osseux coexiste toujours avec une division du voile. Des fissures rétro-alvéolaires très limitées coïncidant avec une division plus ou moins étendue du voile, pourraient être, à la rigueur, considérées comme palatines, tout en n'étant que le prolongement de solutions de continuité du bord maxillaire ; mais on peut dire que la vraie fente palatine n'existe jamais seule. On trouve figuré, dans l'*Encyclopédie de chirurgie*, un exemple de fissure palatine séparée d'une division du voile par un pont transversal de muqueuse saine. Cette fissure double, prétendue congénitale, est la reproduction d'un cas de division *accidentelle* observé par Préterre. Il n'existerait pas, d'après Chrétien et A. Broca, une seule pièce démonstrative de la disposition dont il est question. A. Broca a observé, *sur le passage d'une bride amniotique*, un pertuis de très petites dimensions, cas très spécial n'ayant aucun rapport avec les vrais arrêts de développement.

Nous avons indiqué la coexistence possible d'un bec-de-lièvre simple ou compliqué avec une division du voile et un palais intact. Laissons de côté ces faits spéciaux pour nous occuper des divisions du voile et du palais osseux *non compliquées de bec-de-lièvre*.

1° **Fissures non compliquées de bec-de-lièvre.** — Il se peut que la malformation consiste uniquement dans la bifidité de la lèvre. Ordinairement le voile est fendu plus ou moins haut ; lorsqu'il l'est dans toute sa hauteur, il est rare que le palais osseux ne soit pas un peu défectueux, par exemple dans l'étendue d'un demi-centimètre à un centimètre. J'ai observé, il n'y a pas très longtemps, une disposition déjà signalée par plusieurs chirurgiens, par Langenbeck d'abord, puis par Trélat, Notta, J. Wolff et B. Fraenkel. La substance osseuse faisait défaut vers la partie postérieure de la voûte osseuse, et la brèche, ayant la forme d'un triangle plus ou moins régulier à base postérieure, était masquée par du tissu fibreux recouvert de muqueuse. Langenbeck a même constaté l'absence totale de la voûte osseuse, ainsi qu'une fissure longitudinale médiane ou placée