

logiques du thymus et de la glande carotidienne. D'après Fol, c'est la quatrième poche qui est en jeu, mais toujours par son épithélium endodermique.

2° Le développement de la langue a donné lieu à de grandes discussions. D'après Reichert, elle se forme par deux bourgeons nés, vers la cinquième semaine, de la face interne des arcs mandibulaires. Selon His, il n'en est rien. Le *tuberculum impar* constituera la pointe de la langue; quant à la base, elle naît d'une pièce, également impaire, située entre la précédente et la furcula, et dépendant à la fois des extrémités antérieures du 2° et du 3° arcs. La ligne de fusion entre ces deux rudiments est en forme de V : ce sera le V lingual, et le développement du corps thyroïde va nous apprendre ce que c'est que le *foramen cæcum*.

3° Le corps thyroïde, d'après les recherches de His, Born, Wölfler, Stieda, se développe par trois invaginations parties des poches branchiales : une médiane et deux latérales. L'invagination médiane s'enfonce entre la pointe et la base de la langue, puis traverse ce qui sera la membrane thyro-hyoidienne et descend jusqu'à tomber sur le fer à cheval formé par les deux invaginations latérales. Celles-ci, parties du *fundus branchialis* (quatrième sillon interne) et accompagnées de formations accessoires qu'a décrites avec soin Prenant, convergent en effet vers la ligne médiane. On voit ainsi comment se forment d'une part les lobes latéraux, d'autre part la pyramide de Lalouette. Quant à la partie supérieure de l'invagination médiane, elle est destinée à se résorber vers le deuxième mois. Quelquefois, cependant, ce conduit lingual ou thyro-glosse persiste et porte souvent alors le nom de canal de Bochdalek.

4° Une dernière question se pose : Quelle est, dans la cavité bucco-pharyngienne, la limite de l'endoderme et de l'ectoderme, c'est-à-dire où est la jonction de l'*aditus anterior* et du sinus buccal? On sait avec quelle ardeur, se fondant surtout sur la structure de la muqueuse, Robin soutenait l'origine ectodermique de l'œsophage. Malgré cet argument, certainement puissant, Robin semble avoir tort, et, en particulier, un fait remarquable de cloisonnement persistant, décrit par MM. Duval et Hervé, montre que la cloison siège juste en arrière du voile du palais (1).

## CHAPITRE II

### ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DE LA FACE ET DU COU

Les notions générales d'embryologie que je viens d'esquisser nous conduisent en somme à cette conception simple : la face et le cou se développent par une série de bourgeons d'abord indépendants, qui ne tardent pas à se souder entre eux. Sans doute, ils sont toujours unis par des lames épithéliales, mais peu importe au chirurgien que ces lames soient complètes ou non, présentes même ou absentes. Dans leur minceur extrême, elles sont mécaniquement négligeables ; une force bien médiocre suffira à les rompre. Cela étant, quels arrêts de développement pouvons-nous concevoir? Ce sera d'abord l'absence d'un ou

(1) Voy. un travail récent de E. NEUMANN (de Königsberg), sur la métaplasie de l'épithélium œsophagien. (*Fortschritte der Med.*, 15 mai 1897, p. 566.)

de plusieurs bourgeons. A un degré moindre, la coalescence seule sera imparfaite, et alors plusieurs cas sont possibles : ici, il y aura simplement un trouble d'évolution tel que la ligne de soudure, au lieu d'être invisible, sera cicatricielle, définitivement apparente et défigurante ; là, l'arrêt de développement aura été plus loin et, entre les deux parties qui devaient se fusionner, un hiatus persistera, hiatus ayant, selon la disposition primitive des parties, la forme d'une fissure (c'est le cas ordinaire à la face) ou d'un orifice fistuleux (c'est ce qu'on observe au cou). Mais ce n'est pas tout. Toutes les poches, dépressions, rainures, que nous avons décrites peuvent s'oblitérer à la surface, tandis que dans leur profondeur des débris épithéliaux restent inclus ; on aura de la sorte des poches kystiques à revêtement épithélial, des kystes dermoïdes et mucoïdes.

Telle est la conception générale qu'on peut se faire des arrêts de développement de la face et du cou. Je vais passer maintenant à l'étude des cas particuliers, à la face d'abord, puis au cou. A la face, le chapitre de beaucoup le plus important va être celui des fissures et lignes cicatricielles ; au cou, ce sera celui des fistules et kystes.

## I

### ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DE LA FACE

#### A. — FISSURES ET LIGNES CICATRICIELLES TYPIQUES

Il n'est pas une des fentes ou rainures normales précédemment énumérées qui ne puisse être le siège d'un de ces arrêts de développement.

Toutes les fissures faciales sont réunies sous le nom de *bec-de-lièvre*, par extension de la dénomination affectée depuis bien des siècles à la fissure la plus vulgaire, à celle qui est de chirurgie courante. C'est évidemment très vicieux, car dans le bec-de-lièvre commissural, par exemple, rien ne ressemble à une lèvre de lièvre ; mais il est inutile de lutter contre une habitude de langage solidement établie. Je vais décrire toutes ces variétés, en prenant une à une les fentes normales que nous connaissons.

Outre les traités français classiques, et les mémoires spéciaux qui seront cités au courant de cet article, on consultera les travaux suivants :

Bouisson, Recherches sur les fissures congénitales des lèvres, etc. *Journal de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, 1840, et *Tribut à la chirurgie*, 1861, t. II, p. 83; art. LÈVRES du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1866. — DEMARQUAY, art. BEC-DE-LIÈVRE du *Now. Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1866. — O. WEBER, Angeborene Formfehler des Gesichts. *Handb. von Pitha und Billroth*, t. III, fasc. 1, partie III, p. 1, 1873. — FRITZSCHE, Beitrag zur Natur und Behandlung der angeborenen Missbilder des Gesichts. *Inaug. Diss.*, Zurich, 1878. — TRENDELENBURG, Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichts. *Deutsche Chir. v. Billroth u. Lücke*, 1886, livr. XXXIII, p. 1. — JAMAIN et TERRIER, Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, 3° éd. par Terrier, Broca et Hartmann, t. III, p. 627 (bibl.), Paris, 1887. — MORIAN, Ueber schräge Gesichtsspalte. *Arch. für klin. Chir.*, 1887, t. XXXIV, p. 245.

*Variétés.* — Quelle que soit la variété considérée, toutes ces fissures présentent des caractères communs sur lesquels il sera insisté à propos du bec-de-lièvre proprement dit : c'est là, en particulier, que sera décrit l'aspect cutané-muqueux des bords de la fente. Les caractères généraux dont il faut faire immédiatement mention sont les suivants :



1° Toutes ces fissures rayonnent autour de l'orifice buccal. A partir de là, dans un premier degré, elles fendent la lèvre seule; mais dans un deuxième degré elles sont *prolongées* et s'étendent ainsi plus ou moins loin, soit vers la face, soit vers le cou;

2° Cette prolongation a souvent lieu sous forme non point de fissure, mais sous forme 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. Il est classique d'appeler cet état une *guérison intra-utérine du bec-de-lièvre* (<sup>1</sup>), et c'est presque toujours sous ce nom que les observations sont publiées. Cette dénomination me paraît cependant mauvaise. Certes, Klose et Paul, Trendelenburg ont vu au microscope que ce tissu est cicatriciel, mais ce n'est pas un motif pour assimiler le bec-de-lièvre à une plaie. Les plaies intra-utérines existent, elles peuvent même se cicatrifier avant la naissance, comme l'a vu A. Verneuil sur un fœtus, atteint à la fois d'une cicatrice à la lèvre supérieure et d'une solution de continuité la prolongeant à la lèvre inférieure. Mais c'est essentiellement différent du trouble d'évolution, inconnu dans sa nature, qui rend inodulaire et visible une ligne de suture normalement invisible : à cela près, d'ailleurs, ces lignes de suture existent chez tout mammifère, que dès lors on peut dire « guéri » du « bec-de-lièvre » dont il est normalement porteur au début de la vie embryonnaire. Singulière guérison, qui a pour effet de rendre apparente et disgracieuse une coalescence normalement effacée! Rien ne prouve, même, que cette coalescence vicieuse ait été anormalement tardive.

3° Jusqu'ici il n'a été question que des parties molles. Mais toutes ces fissures sont capables de dépasser l'épaisseur de la lèvre et d'entamer, à une profondeur variable, le squelette sous-jacent et les parties molles profondes. Le bec-de-lièvre est dit *simple* quand il ne fend que la lèvre; il est *complexe* quand le squelette y participe.

Ces généralités une fois établies, passons aux cas particuliers. Nous avons à considérer :

1° *Au massif maxillaire supérieur* : a, le bec-de-lièvre vulgaire (fissure sous la narine); b, le colobome (fissure en dehors de l'aile du nez); c, la fissure médiane;

2° *A la commissure*, la fissure génienne;

3° *Au massif maxillaire inférieur*, la fissure médiane inférieure.

#### 1° MASSIF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

a. **Bec-de-lièvre vulgaire.** — J'étudierai l'anatomie pathologique du bec-de-lièvre dans l'ordre suivant : 1° fente labiale ou simple; 2° fente osseuse ou complexe; 3° mode d'association des lésions élémentaires.

(<sup>1</sup>) RENNES, *Trois cas de couture congénitale de la lèvre supérieure*. *Gaz. des hôp.*, 1848, p. 117, et *Revue médico-chir.*, 1848, t. IV, p. 305. — DIEUDONNÉ, *Sur la possibilité de la guérison du bec-de-lièvre dans le sein de la mère*. *Ibid.*, p. 307. — GENOUVILLE, P. BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 150. — VERNEUIL, *Bull. de la Société de chir.*, 1867, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 454. — P. KRASKE, *Zur Casuistik der retardirten intra-uterinen Verschmelzung von Gesichtsspalten*. *Arch. f. klin. Chir.*, 1877, t. XX, p. 596. — JACQUIN, *Observations de bec-de-lièvre guéri dans le sein de la mère*. *Gaz. des hôp.*, 50 avril 1881, p. 596. — A. BROCA, *Quelques observations, etc.* *Arch. de laryng.*, 1888, p. 129.

1° **FISSURE LABIALE OU SIMPLE.** — Le bec-de-lièvre vulgaire est une fente située sur la verticale tracée à la lèvre au-dessous de la narine. C'est donc une *fente bucco nasale*. Cette fissure siège le plus souvent à gauche. Elle occupe une hauteur variable de la lèvre, depuis la simple encoche du bord libre jusqu'à la fente qui remonte dans la narine. Les deux bords ont l'aspect de lèvres normales, c'est-à-dire qu'on y voit une muqueuse rouge, légèrement éversée, se continuer 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'in-

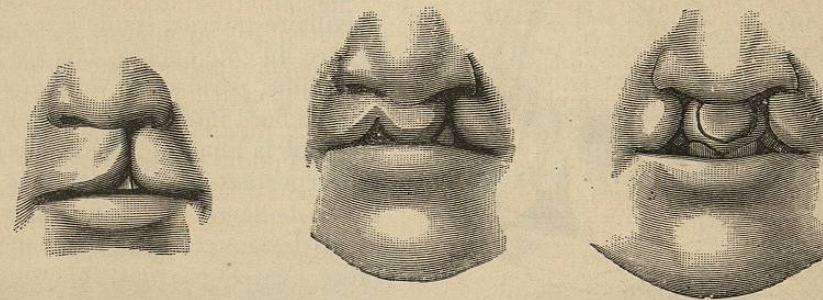


FIG. 10. FIG. 11. FIG. 12.  
Fig. 10, 11 et 12. — Les degrés (fente complète et simple encoche) du bec-de-lièvre vulgaire, unilatéral et bilatéral.

terne, obtus pour l'externe. Un espace en forme de V renversé est donc limité par ces deux bords; on a voulu, jadis, voir là la preuve d'une perte de substance, mais Louis (<sup>1</sup>) a bien montré que cet écartement est simplement dû à la contraction de l'orbiculaire, exactement comme dans les plaies accidentelles. Cette contraction, S. Cooper, Bouisson l'ont parfois vue dessiner des ondulations légères sur les bords ordinairement rectilignes de la fente : c'est encore elle qui explique comment l'écartement s'accroît dans le rire, les pleurs, pour diminuer, au contraire, quand le sujet fait la moue ou un mouvement de succion.

Lorsque la fissure est étendue, remonte jusque dans la narine, il est de règle que ses bords soient fixés à la gencive correspondante chacun par un repli muqueux fort important au point de vue opératoire. De plus, la narine est très souvent alors 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. Assez souvent la partie externe de la lèvre est atrophiée en hauteur et en épaisseur, quelquefois même elle présente un aspect cicatriciel.

La fissure labiale est *unilatérale* ou *bilatérale*. Le bec-de-lièvre simple bilatéral est d'ailleurs exceptionnel : presque toujours la fente est alors complexe. D'autre part les fissures ne sont pas toujours symétriques. D'ordinaire, toutefois, elles le sont. Entre elles est comprise la partie médiane de la lèvre, sous forme d'un *tubercule charnu*, situé sous la sous-cloison, volontiers atrophié, sphéroïdal, trop court pour bien recouvrir les dents.

La *fissure prolongée* est celle qui dépasse la narine et l'ouvre du côté de la

(<sup>1</sup>) LOUIS, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, édit. in-4<sup>e</sup>, 1768, t. IV, p. 585, et 1774, t. V, p. 292.



joue en remontant vers l'angle interne de l'œil. Dans un cas de Paul Broca<sup>(1)</sup>, elle n'arrivait pas jusqu'à cet angle; sur des pièces plutôt tératologiques, il est vrai, que chirurgicales, décrites par Kulmus, Ross, Talko, elle y parvenait. Cette fissure prolongée est fort rare.

Le squelette est rarement normal, même dans le bec-de-lièvre simple : le corps du maxillaire, sous la lèvre externe de la fissure, est d'ordinaire atrophié, en retrait, et de là une encoche plus ou moins appréciable à la face externe de la gencive. Cette atrophie peut même être considérable et l'intermaxillaire interne, soudé à son congénère du côté opposé, fait dès lors une saillie, parfois très volumineuse, sous le bord interne de la fissure; si bien que la réparation exige une opération portant sur le squelette et que le bec-de-lièvre, simple anatomiquement, devient chirurgicalement complexe. Ce n'est pas tout, et l'évolution dentaire est généralement vicieuse derrière la fente, parfois même au point symétrique du côté opposé :



Fig. 15. — Bec-de-lièvre vulgaire prolongé. (P. Broca.)

absence de l'incisive latérale, retrait de cette incisive vers la voûte palatine, incisive supplémentaire, telles sont les principales anomalies observées, identiques, d'ailleurs, à ce qu'elles sont dans le bec-de-lièvre complexe.

2° FISSURE COMPLEXE. — La fissure complexe totale intéresse le rebord alvéolaire, le palais osseux et la voile du palais. Son siège exact au rebord alvéolaire a donné lieu depuis quelques années à des discussions importantes.

*Rebord alvéolaire.* — Depuis les recherches de Goethe<sup>(2)</sup> sur l'os intermaxillaire, on a admis sans conteste, jusqu'à ces dernières années, que, dans le bec-de-lièvre vulgaire, la fissure alvéolaire passe entre la canine et l'incisive externe, c'est-à-dire entre le maxillaire et l'intermaxillaire. De là elle s'avance, oblique, jusqu'au trou palatin antérieur, suivant la suture incisive palatine. Soit donc une fissure alvéolaire bilatérale: elle isolera au milieu de la mâchoire un tubercule osseux porteur des quatre incisives. Les recherches embryologiques de Coste n'ont pas tardé à fournir à cette doctrine un puissant appui: tout l'intermaxillaire se forme dans le bourgeon nasal interne (uni à celui du côté opposé sous le nom de bourgeon incisif), et le bec-de-lièvre n'est que la persistance de la fente située entre ce bourgeon et l'arc maxillaire supérieur.

Il faut ici distinguer deux choses: le fait ostéologique (théorie de Goethe), l'explication embryologique (théorie de Coste). Or quoique, sur un fait aussi grossier, la persistance d'une erreur pendant près d'un siècle paraisse bizarre, il semble démontré que la théorie de Goethe est fautive: P. Albrecht a dirigé

<sup>(1)</sup> P. BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, 2<sup>e</sup> série, t. III, p. 92. — Pour les autres observations, voy. le mémoire de Morian.

<sup>(2)</sup> GOETHE, *Zur Naturwissenschaft überhaupt, besonders zur Morphologie*, Stuttgart, 1817, 1825; reproduit dans les *Œuvres d'histoire naturelle*, trad. Martins, 1851, p. 69. Tout ce qui a trait aux discussions sur l'os intermaxillaire et à la théorie de Goethe se trouve dans HAMY, Thèse de doct. de Paris, 1868, n° 250. Pour l'exposé de la doctrine de Coste, voy. A. RICHARD, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1851, 4<sup>e</sup> série, t. XXV, p. 419.

contre elle, depuis 1879, des attaques victorieuses, en dépit des réponses de Th. Kölliker, et je me suis attaché à soutenir sa doctrine<sup>(1)</sup>.

D'après Albrecht, il y a ostéologiquement deux intermaxillaires, un interne et un externe de chaque côté, et très souvent on voit à la naissance une bifurcation de la suture incisive, dont la branche externe va, classique, entre l'incisive latérale et la canine, tandis que l'interne va entre l'incisive médiane et la latérale. A l'alvéole de l'incisive latérale est annexée l'apophyse nasale, ascendante; à l'alvéole de l'incisive centrale est annexée l'apophyse palatine, antéro-postérieure, de l'intermaxillaire. La fissure alvéolaire passe, affirme Albrecht, entre l'intermaxillaire interne et l'externe. Presque toujours, en effet, une incisive — qu'il appelle *précannine* — borde sa lèvre externe. Des faits de ce genre ont été publiés autrefois, sans doute, par Lafaye, Tenon, Meckel, Nicati; plus près de nous, Huguier, Désormeaux, Mirault, Volkmann, Lannelongue ont signalé ces exceptions curieuses à la règle de Goethe. Les dissections attentives ont prouvé que ces prétendues exceptions constituent en réalité la règle: si, à mes 58 pièces personnelles, je joins les 52 de Th. Kölliker, adversaire pourtant de la



Fig. 14.

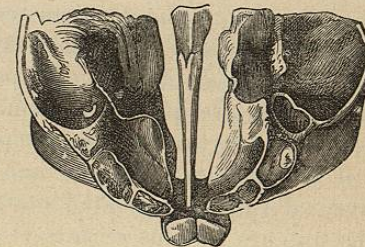


Fig. 15.

Fig. 14 et 15. — Montrant avant et après dissection un tubercule médian à deux incisives. Figures empruntées cependant au *Traité* de Follin et Duplay.

doctrine nouvelle, je trouve que l'incisive précannine borde 72 fois sur 100 la fissure, que 21 pièces sont insuffisantes ou indifférentes, que 7 fois seulement l'incisive précannine est absente, la fissure passant entre une deuxième incisive et la canine.

Dans la forme typique, donc, le tubercule osseux du bec-de-lièvre complexe bilatéral ne doit porter que deux incisives. Il faut reconnaître que ce fait est assez rare et que l'intermaxillaire interne porte la plupart du temps (Warynski a même dit toujours, mais je crois que c'est à tort) deux incisives et non une seule, d'où des tubercules à quatre incisives. De même souvent dans le bec-de-lièvre simple une troisième incisive se développe du côté de la fissure labiale.

Mais quelle est la dent supplémentaire? C'est la moyenne, affirme Albrecht; la précannine, lui répondent ses adversaires. On peut donner en faveur d'Albrecht un argument important. L'intermaxillaire a une apophyse nasale qui fait partie,

<sup>(1)</sup> Les publications nombreuses d'Albrecht sont à peu près toutes résumées dans son mémoire d'ensemble, inséré dans *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, t. XXXI, p. 227. Le principal travail de Th. Kölliker a paru dans les *Actes de l'Acad. des naturalistes de Halle*, 1882, t. XLIII, p. 327. — Consultez A. BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 350; 1887, p. 255, 525, 585. *Ann. de gyn.*, 1887, t. XXXVIII, p. 81. — Rossi, Thèse de doct. de Paris, 1886-1887, n° 502.



avec la branche montante du maxillaire, du contour osseux des fosses nasales. Où donc est, sur la lèvre interne de la fissure, sa saillie ascendante? Personne n'en a jamais montré trace. Prenons au contraire des animaux chez lesquels la suture incisive reste normalement visible pendant toute la vie et sur toute son étendue, et supposons à un de ces animaux un bec-de-lièvre: si la théorie est exacte, nous devons trouver sur la lèvre externe de la fissure, au-dessus de l'incisive latérale, l'apophyse nasale nettement isolée. Or c'est ce qu'Albrecht a vu sur le cheval, sur le veau (ce dernier animal étant, on le sait, privé d'incisives supérieures), et je l'ai vérifié sur le veau, sur le chat. Mieux encore, Albrecht a trouvé une pièce humaine où la branche externe de la suture incisive palatine était visible en dehors de la fissure. Peu importe, dès lors, que l'incisive précanine soit ou non *gnathogène*, pour emprunter l'expression de Biondi<sup>(1)</sup>, c'est-à-dire née dans le corps du maxillaire et non dans l'intermaxillaire: l'examen de l'apophyse montante suffit pour démontrer que la fissure passe à travers l'intermaxillaire.

Et ici intervient une remarque fort importante de Warynski: la suture incisive interne ne passe pas exactement entre les deux incisives, mais mord sur l'alvéole de l'incisive latérale, et dès lors il est probable que, si elle ne vient pas à coalescence, chaque moitié d'alvéole donne naissance à une dent. Il n'y a pas, dès lors, dent *supplémentaire* au sens propre du terme, mais division du germe de l'incisive latérale. De là la quasi constance de ces deux dents assez mal formées, déviées, entre lesquelles passe la fissure; il est même fréquent que les alvéoles soient presque exclusivement membraneux et que ces dents rudimentaires tombent fort peu de temps après la naissance.

Cette question ostéologique une fois jugée — et je la tranche délibérément en faveur d'Albrecht — reste l'interprétation embryologique. Ici je dois déclarer que les auteurs les plus récents et les plus compétents soutiennent la doctrine de Coste: le bourgeon nasal externe s'arrête au-dessus de la lèvre supérieure, et dès lors la fissure labio-alvéolaire provient d'un défaut de coalescence entre le nasal interne et le maxillaire supérieur. Le fait est possible, pourvu que l'on accorde que supérieurement, puisque la narine est ouverte, le fente se prolonge entre le nasal interne et le nasal externe. Cela prouve simplement que les limites osseuses marquées par les sutures, par les alvéoles dentaires, ne sont pas superposables aux limites des bourgeons primitifs; que le bourgeon dit incisif ne donne pas tout l'os incisif.

*Voûte palatine.* — Une fois parvenue au contact de l'apophyse palatine de l'intermaxillaire, le trou palatin antérieur de son côté une fois traversé, la fissure se redresse: oblique en dedans et en arrière au rebord alvéolaire, elle devient à la voûte palatine exactement antéro-postérieure.

Cette fissure palatine peut être unilatérale ou bilatérale.

Unilatérale, elle longe le bord correspondant du vomer, ordinairement dévié du côté normal. L'atrophie du massif maxillaire supérieur du côté de la fissure est plus considérable que dans le bec-de-lièvre simple, et de là une saillie souvent très marquée du promontoire constitué par l'intermaxillaire interne sous la lèvre. L'atrophie de la lame palatine qui borde la fissure est souvent très accentuée. D'ailleurs, la lame palatine du maxillaire du côté où le palais est intact est, elle aussi, souvent très étroite, mais une modification singulière du

(1) BIONDI, *Arch. für path. Anat. und Physiol.*, Berlin, 1888, t. CXI, p. 125.

vomer vient à son aide. On sait que le vomer se développe par deux lames en forme de V qui flanquent chaque face du cartilage de la cloison et peu à peu s'élèvent, parties du bord inférieur, ou palatin, au niveau duquel elles sont fusionnées. Or, tandis que du côté de la fissure palatine la lame vomérienne reste verticale, du côté opposé elle devient horizontale et vient s'unir avec l'apophyse palatine par une suture tout à fait apparente. Ce détail, que Gratiolet<sup>(1)</sup> a été le premier à mettre en relief, est presque toujours très net.

La fissure palatine bilatérale est souvent appelée médiane. Terme vicieux s'il en fut. En effet, la ligne médiane est ici représentée par une baguette osseuse — le vomer et les apophyses palatines des intermaxillaires — plus ou moins sinueuse, et bordée sur chacune de ses faces par une fissure. Il ne peut y avoir fissure médiane dans de semblables conditions, et en effet il y a fissure bilatérale, par où, de chaque côté, on pénètre dans la fosse nasale correspondante, la cloison étant intacte.

*Voile du palais.* — Que la fissure palatine soit unilatérale ou bilatérale, la fente du voile du palais est médiane: ce qui ne veut pas dire qu'elle soit toujours chirurgicalement symétrique, car souvent, quand elle prolonge une fissure labio-palatine unilatérale, la moitié située de ce côté est atrophiée. Souvent, d'ailleurs, l'atrophie est bilatérale et très prononcée, en sorte que le voile est raccourci et rétréci, si bien même que parfois on parle de son absence. Il semble toutefois que deux petits rudiments latéraux marquent toujours sa trace. La brièveté trop grande du voile joue un rôle considérable dans certaines théories émises pour expliquer la persistance du nasillement après la staphyloporrhaphie. Legendre, Siredey ont disséqué des voiles du palais fendus et ont constaté que, à part l'absence du muscle palato-staphylin, les muscles étaient à leur place normale<sup>(2)</sup>.

5° ASSOCIATION DES LÉSIONS. — Déjà j'ai dit que la division fondamentale, au point de vue chirurgical, était celle en bec-de-lièvre simple et bec-de-lièvre complexe.

J'ai suffisamment étudié le bec-de-lièvre simple. Quant au bec-de-lièvre complexe total, allant de la lèvre à la luette, c'est lui que j'ai pris pour type de la fissure complexe. J'ai seulement à ajouter les quelques remarques suivantes:

1° 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;

2° Le bec-de-lièvre complexe bilatéral total est celui que l'on appelle gueule-de-loup. Il est formé de deux fentes, coudées chacune 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, apophyses qui prolongent en avant la baguette vomérienne, dont une suture toujours très nette les rend distinctes. Les mensurations prouvent que, quoi qu'on en ait dit,

(1) GRATIOLET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859, p. 155, rapport de Pigné, *Ibid.*, p. 145.

(2) LEGENDRE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 51. — SIREDEY, *Ibid.*, p. 179.