

le vomer lui-même n'est pas allongé. Les narines sont aplaties, la face entière est élargie.

J'en arrive maintenant aux *fissures complexes partielles*, et ici je distinguerai deux variétés principales : les fissures antérieures et les fissures postérieures ⁽¹⁾.

1° Les *fissures antérieures* sont celles qui, parties de la lèvre, vont plus ou moins loin en arrière.

La fissure osseuse peut se borner au rebord alvéolaire, et cela même dans le cas de bec-de-lièvre bilatéral. Ainsi Lafaye ⁽²⁾, Mirault, Forget, Richet et Depaul, P. Broca, etc., ont vu la fissure alvéolaire bilatérale, la voûte étant intacte. Ces faits sont exceptionnels. La fissure antérieure est presque toujours totale. J'ajouterai que le bec-de-lièvre bilatéral est en général complexe.

2° Les *fissures postérieures* sont celles qui, fendant la lèvre, vont de là plus ou moins loin en avant. Tous les degrés existent, de la simple bifidité de la lèvre à la fente qui atteint le rebord alvéolaire. La fissure osseuse est 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

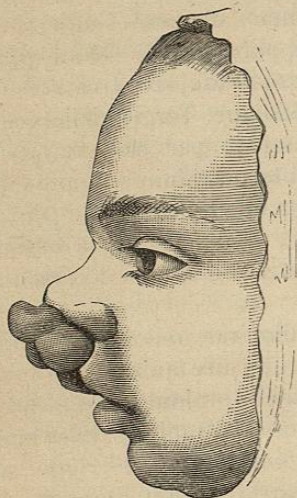


FIG. 16. — Tubercule osseux appendu sous la pointe du nez.

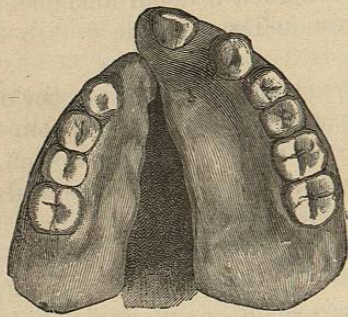


FIG. 17. — Fissure palatine unilatérale.

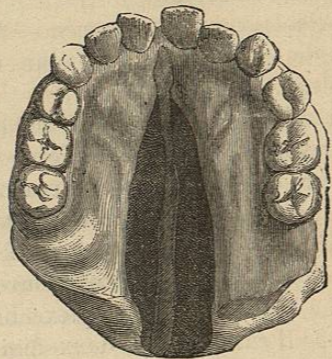


FIG. 18. — Fissure palatine bilatérale.

étant normales ou ne présentant qu'une insignifiante division de la lèvre, et un tissu fibreux revêtu de muqueuse comble le vide plus ou moins étendu, généralement triangulaire à bord postérieur, de la lame osseuse. Roux, Demarquay et surtout Trélat, Notta, Passavant, Langenbeck ont observé des cas de ce genre, plus récemment confirmés par J. Wolff et B. Fränkel ⁽³⁾. Ces faits sont consi-

⁽¹⁾ CHRÉTIEN, Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 48.

⁽²⁾ DE LAFAYE, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, édit. in-4°, 1745, t. I, p. 605. — RICHEL et DEPAUL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1864, 2^e série, t. II, p. 250 et 350.

⁽³⁾ DEMARQUAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1846, t. XXI, p. 41. — PASSAVANT, *Arch. f. klin. Chir.*, 1865, t. XI, p. 553. — TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867, 2^e série, t. VIII, p. 450. — NOTTA,

dérés par Passavant, par Trélat, par Wolff et Fränkel comme des guérisons spontanées de fissures palatines; pas plus que pour les brides cicatricielles je ne saurais admettre cette dénomination.

5° *Coexistence des deux variétés*. — Chrétien a vu, la partie moyenne étant intacte, une fissure incomplète et une postérieure coexister avec une division de la lèvre et du voile du palais. J'ai observé quelques nouveau-nés chez qui, la lésion étant bilatérale, le rebord alvéolaire seul formait deux minces ponts entre les fissures labiales et les fentes palatines. Quand on constate ce fait sur un sujet un peu âgé et antérieurement opéré du bec-de-lièvre, il est possible que la coalescence alvéolaire ait été la conséquence de la restauration labiale faite avec succès dans la première enfance.

4° *Les perforations congénitales* sont admises par Otto Weber : elles seraient dues à un défaut de soudure entre les extrémités antérieure et postérieure normalement réunies. Chrétien, dans ses consciencieuses recherches, n'a pas trouvé une pièce probante de cette espèce, mais j'en ai observé sur le vivant deux exemples fort nets. J'ai vu, d'autre part, une perforation large comme une tête d'épingle sur le voile du palais, mais c'était sur le passage d'une bride amniotique ⁽¹⁾. Trélat a publié un cas de perforation congénitale du voile, mais c'était un cas bien anormal, puisque après la naissance il y a eu, sous les yeux de Trélat, guérison spontanée.

b. *Colobome facial*. — Le colobome de la lèvre supérieure n'est connu qu'à l'état de *fissure prolongée, bucco-orbitaire*, et peut-être n'est-il possible qu'à cet état. Tout au moins, comme dans des observations de Pelvet ⁽²⁾, de Kraske, une ligne cicatricielle marque-t-elle la place où serait la fente faciale au-dessus de la fente labiale. C'est une malformation rare.

Cette fissure siège à la lèvre plus en dehors que celle du bec-de-lièvre vulgaire. De là elle remonte *en dehors de la narine et de l'aile du nez*, et va jusqu'à la paupière inférieure, souvent elle aussi atteinte de colobome.

Du côté du squelette, les dissections assez peu précises de Morian et les miennes ⁽³⁾ ont montré que dans ces conditions la fissure laisse en dedans d'elle l'intermaxillaire entier, le vomer, l'os nasal, l'unguis, l'ethmoïde et le cornet inférieur. Je dirai même qu'alors l'apophyse montante de l'intermaxillaire, suppléant celle du maxillaire, va s'articuler avec l'unguis. La fissure osseuse, selon qu'elle remonte plus ou moins haut, va jusqu'à l'unguis ou en reste séparée par le rebord orbitaire inférieur formant pont.

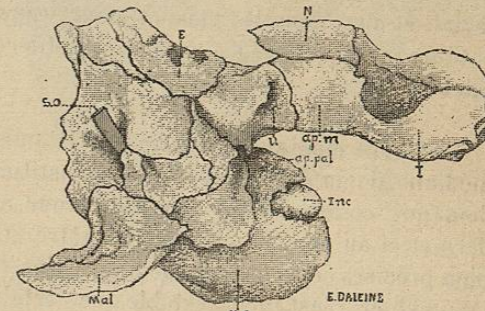


FIG. 19. — I, intermaxillaire. — *ap.m.*, son apophyse montante. — N, os nasal. — *u.*, unguis. — E, ethmoïde. — Ms, maxillaire supérieur portant une incisive pré-canine *inc.*, et l'apophyse palatine, *ap.pal.*, dont le bord libre est fortement relevé en haut. — *so.*, nerf sous-orbitaire. — *mal.*, os malaire. (A. Broca, *Arch. d'ophth.*, 1889.)

Ibid., p. 419. — EHRMANN, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1880, n° 19, p. 118. — J. WOLFF et B. FRÄNKEL, *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 58, p. 585.

⁽¹⁾ Voy. p. 2, fig. 1.

⁽²⁾ PELVET, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1865, 2^e série, t. V, p. 181.

⁽³⁾ A. BROCA, *Arch. d'ophth.*, 1889, t. IX, p. 215.

A l'arcade alvéolaire, on croirait, puisque l'intermaxillaire entier est en dedans, que jamais il ne devrait y avoir d'incisive précanine. Souvent, pourtant, cette incisive borde la lèvre externe de la fissure, et c'est un motif fort puissant pour admettre, avec Biondi, que son germe est gnathogène.

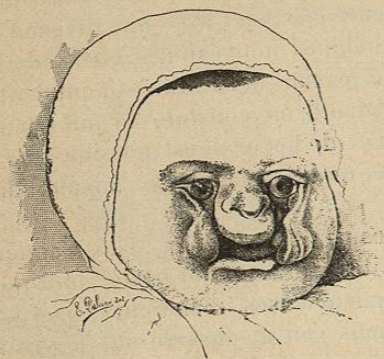


FIG. 20. — Colobome complexe bilatéral.
(Cas de Guersant.)

Pour Albrecht, ce colobome de la lèvre supérieure est tout entier dû à la non-coalescence du bourgeon nasal externe et de l'arc maxillaire supérieur. Il est incontestable qu'il en est ainsi dans la partie supérieure de la fissure, au-dessus de la narine, mais la partie labiale peut fort bien être, en bas, semblable à celle du bec-de-lièvre vulgaire; partir, par conséquent, entre le nasal interne et l'arc maxillaire et, en haut, dévier en dehors et non en dedans, vers la gouttière lacrymale et non vers la gouttière olfactive. Cela irait bien avec la similitude de la fente alvéolaire, avec l'existence de l'incisive précanine dans le colobome facial, et c'est une des raisons pour lesquelles il faut douter un peu des explications embryologiques d'Albrecht. Le colobome facial peut être unilatéral ou bilatéral (1).

c. Fissure médiane. — Autrefois Osiander, Bertrandi ont affirmé que la fissure médiane de la lèvre supérieure constituait le bec-de-lièvre ordinaire; on se demande comment une pareille erreur a pu être commise. A la fin du siècle dernier et au commencement du nôtre, Lafaye, Boyer, ont admis sans preuves bien précises cette fissure médiane, niée résolument par Chaussier, Dupuytren, Cruveilhier. Il est incontestable que certains faits ainsi catégorisés sont en réalité des becs-de-lièvre bilatéraux avec absence du tubercule médian. Mais des faits probants dus à Nicali, Otto, Vrolik, Bouisson ont montré que cette négation était trop absolue.

La fissure peut être simplement labiale, et même, dans un cas de Bouisson, elle se bornait à une simple encoche. La fissure prolongée divisant le dos du nez a été vue par O. Witzel (2) et j'en ai observé deux exemples.

La fissure complexe, niée à tort par P. Albrecht, fend le rebord alvéolaire entre les deux incisives centrales et entre les apophyses palatines des deux intermaxillaires. Puis, plus profondément, Kundrat a montré qu'elle dédouble la cloison médiane des fosses nasales, ce qui doit faire admettre avec His et contre A. Kölliker que cette cloison est primitivement formée de deux lames accolées. J'ai vérifié le fait sur un enfant et, avec une netteté absolue, sur un veau (3).

A côté de cette anomalie doit être rangée la fissure médiane du nez seul, observée par Hoppe et par Lannelongue.

La pathogénie de cette fissure médiane n'est pas contestée: il y a défaut de coalescence entre les bourgeons nasaux internes.

(1) GUERSANT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1860, 2^e série, t. I, p. 115.

(2) O. WITZEL, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1882, t. XXVII, p. 895.

(3) KUNDRAT, *Wiener med. Presse*, 1887, p. 185. — A. BROCA, *Bull. de la Société anat.*, 1887, p. 595 et 588.

2^o FISSURE COMMISSURALE

Les fissures commissurales, qui constituent la *macrostomie*, ne sont pas d'une rareté extrême; mais souvent elles ne sont pas absolument typiques.

La première observation nette de fissure génienne semble être celle que Muralt recueillit, en 1715, sur un enfant que Freystage opéra avec succès. Ces faits, signalés par Vidal (de Cassis), étaient passés sous silence par nos traités classiques, lorsque Bouisson, Debout (1), puis Pelvet réunirent les observations éparses.

La fissure commissurale typique des parties molles est *horizontale*, au moins jusqu'au bord antérieur du masséter. C'est d'ailleurs là sa limite habituelle. Mais parfois, que ce soit sous forme de sillon ou de vraie fissure, elle se prolonge, un peu ascendante, vers le tragus, plus ou moins dévié et déformé sur les sujets de Fergusson, de Debout. Lorsque la macrostomie

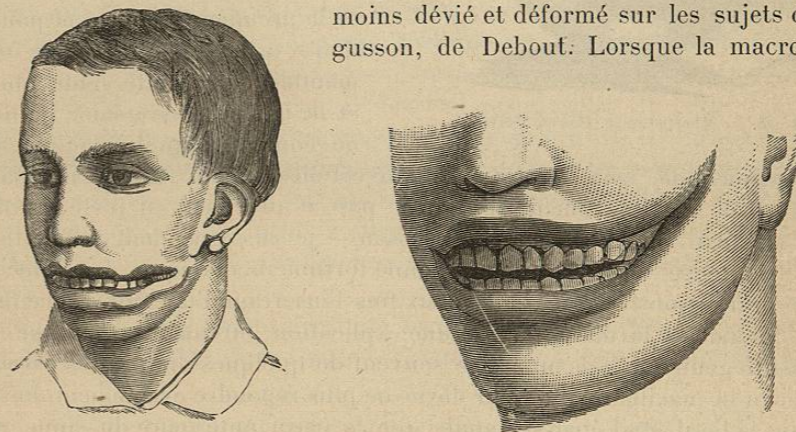


FIG. 21 et 22. — Les deux degrés de la macrostomie.

est bilatérale et au premier degré, la bouche est fendue presque d'une oreille à l'autre. Au second degré, la macrostomie bilatérale va d'une tempe à l'autre, la fente devenant sillon plus ou moins près de la tempe.

Le canal de Sténon, dans le cas de Rynd, s'ouvrait sur la lèvre supérieure de la fente. Au fond de cette fente on voit les gencives et les arcades dentaires dans une étendue variable. Les bords de ces fissures ont le même aspect que dans le bec-de-lièvre ordinaire. Chez le malade de Pelvet, des brides muqueuses les unissaient étroitement aux arcades alvéolaires.

A côté de cette fissure, due certainement à un défaut de soudure de la fente intermandibulaire, Vrolik, Ammon et Langenbeck, Fergusson, Lannelongue ont décrit des fissures géniennes obliques, allant en général de la commissure vers l'angle externe de l'orbite; Vrolik en a montré une allant à l'angle interne; Klein enfin a vu un sujet chez lequel la fissure, commissurale des deux côtés, allait d'un côté à l'angle interne et de l'autre à l'angle externe de l'orbite. Mais dans ce groupe il y a sûrement des confusions. Si l'on pense, avec Mathias Duval, que l'arc maxillaire supérieur naît directement de la base du crâne, on peut admettre que la fissure à concavité supérieure, remontant à la région temporale, soit typique. Mais les sillons et cicatrices allant de la commissure à l'angle externe,

(1) DEBOUT, *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1862, t. LXIII, p. 15 et 66.

au milieu et mieux encore à l'angle interne de l'orbite, ne sauraient s'interpréter ainsi : il s'agit là, évidemment, de brides amniotiques atypiques. Ces brides, d'ailleurs, on les voit sur les pièces de ce genre provenant de sujets mort-nés. C'est de la sorte qu'il faut expliquer le cas de Lannelongue, où une bride allait

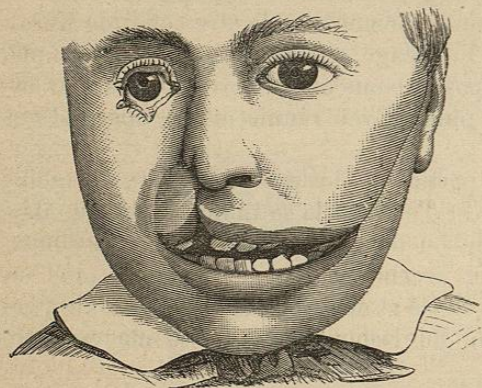


FIG. 25. — Macrostomie. Cas de Pelvet.

de la commissure à l'encéphale en passant par l'angle externe des paupières. L'origine seule est intermandibulaire.

Une grande confusion règne encore dans le mémoire, moderne cependant, de Morian. Cet auteur y signale la fissure qui, dans quelques cas exceptionnels, intéresse le rebord alvéolaire entre la canine et la première molaire; et pour lui il n'y a aucune différence fondamentale entre cette fente oblique et la fente transversale. J'affirme, au contraire, qu'il y a une diffé-

rence fondamentale : cette fissure alvéolaire est absolument inexplicable par un simple arrêt de développement. Je ne sais pas ce qu'étaient au juste les observations de Nicati, de Remacly, de Fergusson — je sais cependant que cette dernière est douteuse — mais j'ai eu la bonne fortune de disséquer deux pièces de cette très rare monstruosité, et les deux fois l'insertion d'une adhérence pathologique donnait de la malformation une explication purement mécanique (1).

La fissure génienne s'accompagne souvent de quelques difformités osseuses; Pelvet a vu le maxillaire inférieur dévié ne plus répondre exactement au supérieur dont le bord était épaissi, tandis que la paroi antérieure du sinus maxillaire était amincie et déprimée. L'atrophie du maxillaire inférieur a été notée par Morgan, par Rynd; l'absence d'articulation temporo-maxillaire par Roulland (2). Il est fréquent, d'autre part, que chez ces sujets l'oreille externe et l'oreille moyenne soient malformées, absentes même, l'oreille interne étant bien conformée; que l'on constate au-devant du tragus l'existence d'appendices préauriculaires (3). Delanglade a publié récemment un cas où toutes ces malformations étaient réunies (4).

5° FISSURE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

La fissure typique de la lèvre inférieure ne peut être que médiane, et elle est due à la non-coalescence des deux arcs maxillaires inférieurs. C'est une malformation très rare, si bien que Cruveilhier en contestait l'existence, malgré les observations de Tronchin, de Couronné, de Nicati, de F. Petit. Des faits plus récents et indiscutables sont dus à Bouisson, Parise, Ribell, Lannelongue, Thorndicke, A. Wœlfler. Je ne parle pas du fait de Faucon; là, en effet, la fissure

(1) A. BROCA, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1887, p. 557. *Ann. de gynéc.*, 1887, t. XXVIII, p. 264, obs. XLV. — CHAVANE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 157.

(2) ROULLAND, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 599.

(3) VAN DUYSSE, *Macrostomes congénitaux avec tumeurs préauriculaires et dermoïdes de l'iris*, Gand, 1882.

(4) E. DELANGLADE, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897, p. 250.

labiale et osseuse était latérale et non point médiane. Ce qui se comprend d'ailleurs, car la malformation était provoquée par une volumineuse tumeur (1).

Du côté des parties molles, on observe une fissure labiale de hauteur variable, depuis une simple encoche jusqu'à une division de toute la lèvre, et même dans les faits de Parise, de Lannelongue, de Wœlfler, un sillon cicatriciel médian descendait de là le long du cou jusqu'à la fourchette sternale.

En regard de la solution de continuité des parties molles, existe parfois une solution de continuité du maxillaire inférieur et même, comme chez les sujets de Parise, de Thorndicke, de Wœlfler, à un degré plus avancé, la bifidité de la langue est possible. Cette bifidité a, d'autre part, été observée par Pooley, par G. Barling, sans que la lèvre et la mâchoire fussent fendues.

Mais ici intervient une difficulté embryologique : on admet aujourd'hui, avec His, que la pointe de la langue, tout comme la base, naît par un germe primitivement unique, le *tuberculum impar*. Aussi His affirme-t-il, dans une lettre à Wœlfler, que la bifidité de la langue ne peut s'expliquer par un simple défaut de coalescence. Mais, ajoute-t-il, le tronc aortique, primitivement pair, puis soudé en un tronc médian, a son origine première dans la région où sera le *tuberculum impar*, et de là, secondairement, il descend jusque dans la cage thoracique. Supposons donc là une adhérence anormale, une migration tardive, et nous pouvons comprendre que le *tuberculum impar* soit de la sorte pour ainsi dire coupé en deux. D'ailleurs un autre fait est à mettre en regard de l'explication précédente, l'existence du sillon médian allant du menton au sternum, alors que dans cette région, occupée par le champ méso-branchial, aucune coalescence embryonnaire n'a lieu.

Septours (2) a publié une observation bizarre, mais trop peu précise pour être concluante, de *trifidité de la langue*. On ne saurait dire de quoi au juste il s'agissait.

4° ASSOCIATION DES DIVERSES FISSURES

Il est fréquent, pour les fissures prolongées, que les deux côtés de la face présentent chacun une fente, mais les lésions dans bien des cas ne sont pas symétriques, et l'on peut observer les associations les plus diverses entre les diverses variétés, simples ou complexes, totales ou partielles, qui viennent d'être décrites. On peut aussi observer l'association d'une lésion purement mécanique, par bride, et d'une fissure typique située du côté opposé. Quelquefois avec une fissure génienne, typique ou atypique, existe un bec-de-lièvre simple du même côté. Au massif maxillaire supérieur en particulier, Meckel a vu un trait médian et un trait latéral, et sur des pièces non moins exceptionnelles de Leuckart, de Hallez (3), de Deramond, au trait médian s'ajoutaient deux traits latéraux. Ce n'est pas tout, et ces diverses fissures se joignent parfois aux malformations déjà étudiées du nez, des oreilles, des yeux.

(1) COURONNÉ, *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1819, p. 107. — PARISE, *Bull. gén. de thérap.*, 1862, t. LVII, p. 269. — LANNELONGUE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1879, nouv. série, t. V, p. 617. — THORNDICKE, *Med. and surg. rep. of the City Hosp. of Boston*, d'après *Centralblatt für Chir.*, 1882, p. 700. — A. WOELFLER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 795. Pour l'observation de Faucon, voy. MAGITOT, *De la polygnathie*. *Ann. de gynéc.*, 1875, t. IV, p. 81 et 161.

(2) SEPTOURS, *Union méd.*, Paris, 1876, 5^e série, t. XXI, p. 209.

(3) HALLEZ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 65.

Étiologie. — Certaines hypothèses anciennes sur l'étiologie du bec-de-lièvre rentrent dans le domaine de la fable : tel le fœtus qui, d'après Jourdain, se déchire lui-même la lèvre avec les poings. Depuis longtemps déjà A. Paré, Harvey, Goethe, Meckel, Blandin, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ont soutenu qu'il fallait invoquer un arrêt de développement; cette doctrine est définitivement établie depuis les recherches embryologiques de Coste et Gerbe, et à propos de chaque fissure j'ai dit à quelle fente normale elle correspondait. Je ne veux revenir ici que sur un seul point : une fissure déterminée est d'autant plus rare que les bourgeons entre lesquels elle existe doivent se souder plus rapidement. En effet, plus la cause perturbatrice agira sur un embryon jeune, et plus il y aura de chances pour qu'elle provoque des troubles profonds, des anomalies incompatibles avec la vie.

Mais cette cause, quelle est-elle ? Pourquoi ces défauts de soudure ? Il est des cas où la réponse est aisée, lorsque sur la région crânio-faciale existent des traces diverses de processus pathologiques, capables de produire des actions mécaniques, d'écarter anormalement les bourgeons qui devaient aller à la rencontre l'un de l'autre. Sans doute, Grohe a eu tort d'avancer que, dans la fissure palatine, l'hypertrophie (douteuse d'ailleurs) du vomer est le fait primitif, et l'on ne saurait accorder à Tenon, à Vrolik, à Nicati, que le rôle étiologique principal revienne à l'hypertrophie de la langue. Mais il est impossible de contester les faits suivants : Fernet, Lannelongue (1) ont vu des tumeurs congénitales de la langue sous une fissure palatine; Lannelongue a observé un angiome de la gencive en regard d'un bec-de-lièvre; j'ai disséqué un fœtus chez lequel une tumeur extra-durémérienne faisait issue par une fissure médiane complexe; la polygnathie s'accompagnait de fissure labiale inférieure dans plusieurs cas; enfin Retzius, Otto, Wegelin, Haak ont vu des kystes fœtaux, sans doute par diplogénèse, insérés en des points variables, passer à travers une fente palatine.

Ailleurs il s'agira d'adhérences amniotiques, et ici les faits sont si nombreux que je renonce à les citer. On sait que I. Geoffroy Saint-Hilaire a insisté sur le rôle de ces adhérences dans la genèse des arrêts de développement, rôle mis en évidence expérimentalement par Dareste. Dans son mémoire diffus, mais très documenté, Morian montre bien que ces adhérences, l'hydrocéphalie, l'encéphalocèle, sont la règle dans les fissures faciales prolongées.

Mais si pour ces fissures profondes et graves, nécessitant une action perturbatrice intense, la cause mécanique est très souvent prise sur le fait, il n'en est pas de même pour le bec-de-lièvre vulgaire. Dans un mémoire récent, Fronhöfer (2) a soutenu que les adhérences amniotiques étaient la cause habituelle et qu'en particulier les appendices préauriculaires, dont je parlerai plus loin, étaient la trace de leur insertion, la preuve de leur traction. Cette opinion ne me paraît pas solidement établie, et pour les becs-de-lièvre habituels, chirurgicaux, dans la grande majorité des cas, aucun indice ne nous guide; c'est sans doute que, pour produire cette malformation légère, il a suffi d'une cause médiocre, disparue sans laisser de traces. Certains faits toutefois sont établis. L'influence de l'hérédité est indiscutable, et parfois à l'hérédité se joint la consanguinité. Il n'est pas rare que ces enfants soient porteurs de malformations diverses des pieds, des doigts et des orteils. Il est admissible qu'un coup sur le ventre de la

(1) FERNET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 151. — LANNELONGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1885, 7^e série, t. XI, p. 539 et 549.

(2) FRONHÖFER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, t. LII, p. 885.

mère, qu'une émotion vive puissent troubler brusquement le développement de l'embryon; mais autrefois on a abusé de ces causes, on a invoqué des émotions survenues à une période assez avancée, où déjà les soudures faciales étaient achevées et parachevées, on a raconté à ce sujet des histoires merveilleuses et de là le discrédit absolu où cette étiologie est tombée. On a parlé, ce qui n'explique pas grand-chose, de la malformation primitive des germes. L'influence dystrophique de la syphilis héréditaire peut fort bien intervenir, et elle est notée expressément dans des observations de Lannelongue, de T.-R. Baron, de Brown.

Serres a incriminé l'insuffisance du système artériel; Béclard, Tiedmann, Dugès, celle du système nerveux; rien de tout cela ne repose sur des données scientifiques.

On a discuté pour expliquer la prédominance du bec-de-lièvre à gauche et l'on a parlé de la moindre énergie des phénomènes vitaux dans la moitié gauche du corps : c'est peut-être voiler notre ignorance sous un mot.

Symptômes. — **Pronostic.** — Les signes physiques, c'est-à-dire l'aspect des parties, ont été suffisamment décrits et figurés dans l'étude des variétés anatomiques. Je n'ai donc à mentionner que les troubles fonctionnels.

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 (1), 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 actes de siffler, de souffler seront 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 lèvre, on constate un simple défaut d'ossification de la voûte palatine, la muqueuse étant intacte.

(1) A. ALT, *Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde*, t. VII, p. 211.