

la lèvre supérieure; mais il est probable qu'il s'agit toujours dans ces cas de fissures avec développement très incomplet de cet organe (BRUNS).

J'ai observé, il n'y a pas longtemps, une fissure labiale avec absence totale de l'os intermaxillaire, du lobule médian de la lèvre supérieure et de la cloison du nez. La réunion put être opérée facilement, mais il n'existait naturellement qu'un seul orifice du nez sur la ligne médiane.

On observe parfois sur le bord libre de la lèvre supérieure du nouveau-né de légères échancrures auxquelles fait suite une cicatrice s'étendant jusqu'à la narine. De telles cicatrices doivent être considérées comme le résultat d'une réunion ultérieure d'un bec-de-lièvre pendant la vie intra-utérine; en général elles restent visibles toute la vie.

§ 61. — La plupart des cas de bec-de-lièvre très prononcé sont compliqués d'autres fissures de la région buccale. Tantôt celles-ci se rattachent directement au bec-de-lièvre en ce sens que ce dernier se continue dans

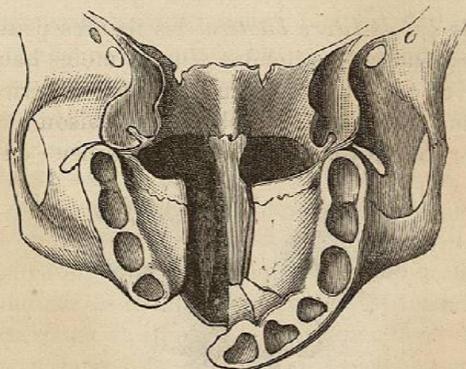


Fig. 58. — Fissure palatine simple du côté gauche, d'après BRUNS.

une fissure du maxillaire ou de la voûte palatine; tantôt la partie antérieure du maxillaire est intacte, mais il existe une fissure du palais dur ou du palais mou ou de tous les deux. Dans d'autres cas la lèvre est intacte, tandis qu'on observe une division du maxillaire, du palais osseux ou du voile du palais.

On a admis jusqu'à présent que la fissure simple du maxillaire siègeait toujours entre la seconde incisive et la canine, c'est-à-dire au point qui, chez le fœtus, correspond à la ligne de soudure de l'os intermaxillaire avec les parties latérales. D'après les nouvelles recherches d'ALBRECHT, il en serait autrement, comme nous l'avons vu § 59; la fissure latérale intéresserait, suivant lui, non pas la ligne de soudure de l'os intermaxillaire avec le maxillaire supérieur, mais bien l'os intermaxillaire lui-même entre la première et la seconde incisive. L'opinion d'AL-

BRECHT a été confirmée par les préparations que j'ai eu l'occasion d'examiner, et la figure ci-contre, qui est une reproduction du dessin de BRUNS, nous montre d'une façon bien nette cette disposition de la fissure. ALBRECHT explique ce fait contraire aux idées ayant eu cours jusqu'ici, en admettant que l'os intermaxillaire est formé de quatre pièces, et que la fissure passe entre les portions moyenne et latérale d'une moitié de cet os (*Voir plus haut*).

Ici encore la fissure peut offrir de grandes variétés. Tantôt c'est un sillon peu profond occupant le rebord alvéolaire, tantôt, au contraire, il s'agit d'une fente plus ou moins large s'étendant jusqu'aux os palatins et au delà. L'os intermaxillaire est très rarement situé sur la même ligne que le rebord alvéolaire; le plus souvent il fait une saillie plus ou moins prononcée. Cette disposition est surtout frappante dans les cas de fissure double intéressant habituellement aussi la voûte palatine; l'os intermaxillaire est alors plus ou moins proéminent, comme nous l'avons vu à propos du bec-de-lièvre bilatéral.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la fissure du maxillaire se continue souvent dans une fente de la voûte osseuse du palais (*hiatus palati duri*), qui, lorsqu'elle s'étend à toute la portion osseuse, s'accompagne, pour ainsi dire toujours, d'une division du palais mou. Encore ici les fissures observées sont presque toujours latérales. Une division médiane ne se rencontre que dans des cas tout à fait exceptionnels. Alors le lobule moyen de la lèvre supérieure fait défaut ainsi que l'os intermaxillaire, et le vomer a subi un arrêt dans son développement (*Voir* § 60, p. 362).

La fissure du palais peut être simple (*uranoschisma unilatérale*) ou double. Elle peut s'observer isolément, mais se complique le plus souvent d'une division de la lèvre et du voile du palais. Dans la **division unilatérale** le vomer est ordinairement en relation avec le bord droit de la fissure, et il en est de même de l'os intermaxillaire.

Le maxillaire gauche subit dans ces cas un arrêt de développement, et se trouve plus ou moins enfoncé relativement à son congénère. Par suite de l'existence d'un bec-de-lièvre concomitant, l'aile du nez correspondante étant fixée à l'extrémité antérieure du maxillaire en retrait, subit un aplatissement et un élargissement bien caractérisés. — Les différentes formes de la fissure palatine unilatérale sont dues soit à la manière dont se comporte le vomer, soit, d'autre part, aux variétés de développement et de position des os du palais. Il arrive très souvent, en effet, que le vomer se trouve dévié latéralement; habituellement, du reste, il est plus ou moins recourbé, et les apophyses palatines conservent rarement leur direction normale. Le plus souvent l'apophyse palatine du côté droit s'élève verticalement pour se continuer directement avec le vomer, tandis que l'étroite bandelette qui forme l'apophyse palatine gauche, est dirigée horizontalement.

La **fissure double du palais** (gueule-de-loup, uranoschisma bilatérale) est habituellement compliquée d'un bec-de-lièvre double avec ou sans fissure simple ou double du rebord alvéolaire. On donne le nom de *gueule-de-loup* à cette malformation, surtout dans les cas où elle s'accompagne d'une fissure de la lèvre et du voile du palais.

On devra se garder de prendre pour une simple fente médiane la fissure double du palais dur, car la large fente médiane qui paraît simple, est en réalité divisée en deux parties par le bord inférieur du vomer qui fait saillie sur la ligne médiane, ou est déjeté plus ou moins latéralement. L'os intermaxillaire qui est fixé au vomer, et est habituellement resté indépendant des parties latérales du maxillaire, se développe plus fortement en avant que ces dernières ; le bord alvéolaire du petit os inter-

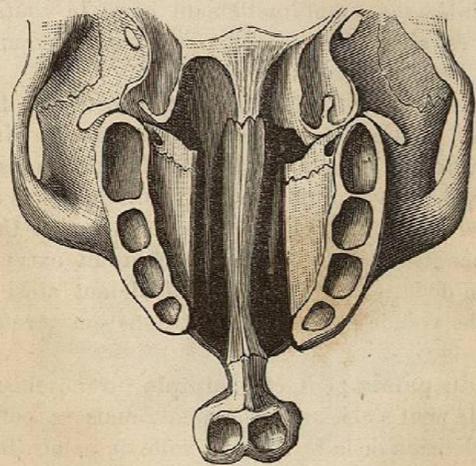


Fig. 59. — Fissure palatine double d'après Bruns.

maxillaire se trouve souvent ainsi complètement projeté en avant de l'arcade alvéolaire¹. Les apophyses palatines du maxillaire sont développées d'une façon rudimentaire, et souvent elles ne sont plus représentées que sous la forme de deux bandelettes longues et étroites.

Quant à la **division du voile du palais**, elle est toujours médiane, qu'elle soit isolée ou compliquée d'une fissure du palais dur. Les diverses formes de fissures du rebord alvéolaire s'accompagnent presque toujours d'anomalies dans le développement des dents sur l'os intermaxillaire, et il en est très souvent de même au niveau de l'extrémité

1. Selon GROHE les fissures palatines seraient parfois dues à un excès de développement des os de la base du crâne ; le vomer hypertrophié ferait obstacle à la réunion osseuse sur la ligne médiane et pousserait en avant l'os intermaxillaire (Pollin et Duplay, IV, p. 833).
(Note du traducteur).

antérieure des portions latérales des maxillaires. Les germes dentaires se trouvent alors disposés d'une façon irrégulière ; les dents prennent une direction vicieuse ; tantôt elles sont très grandes, tantôt très petites, ou bien il y a absence de germes pour quelques-unes ou pour la totalité des dents de l'os intermaxillaire, ainsi que pour l'une ou l'autre dent de la portion antérieure des maxillaires.

Le voile du palais, comme nous l'avons dit, peut être divisé isolément, ou en même temps que la partie postérieure de la voûte palatine.

Nous venons de passer rapidement en revue les différentes variétés de fissures congénitales. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions examiner plus en détail toutes les combinaisons qui peuvent se présenter.

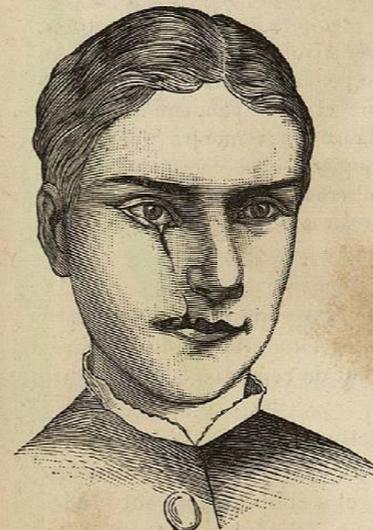


Fig. 60



Fig. 61

Nous ajouterons seulement que l'on peut observer toutes les formes possibles grâce aux diverses combinaisons des fissures partielles que nous venons de décrire. C'est ainsi, par exemple, qu'un bec-de-lièvre double peut se continuer dans une fissure intéressant le maxillaire et une portion de la voûte palatine, alors que la partie postérieure de cette dernière est soudée, et qu'il existe, par contre, une division du voile du palais.

§ 62. — Les fissures de la face autres que celles que nous venons de décrire sont beaucoup plus rares, et dans la majorité des cas elles intéressent des fœtus non viables. Les deux formes typiques que nous avons à mentionner ici sont la **fissure maxillaire latérale** se rattachant au développement du nez et du maxillaire (fissure oblique de la face, fissure de la lèvre et de la joue, méloschisis), et la **fissure horizontale de la**