

MALFORMATIONS

Au moment du développement des cavités nasale et buccale, il se produit assez souvent des anomalies dues au défaut de réunion des différents segments de ces organes. La plus fréquente siège au niveau de la lèvre supérieure et constitue le bec de lièvre.

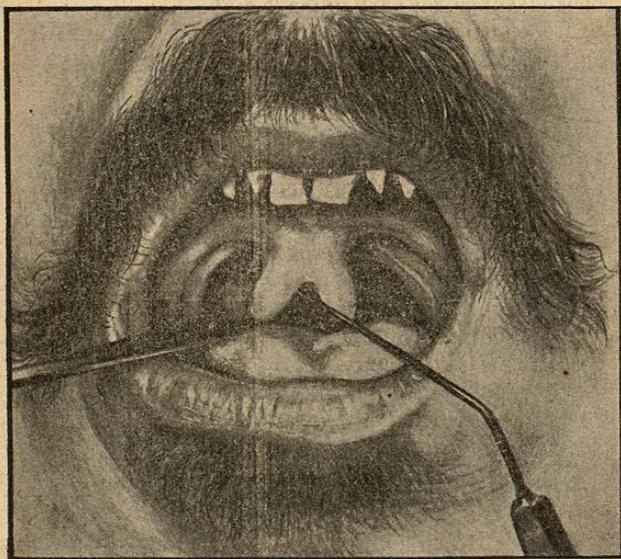


Fig. 34. — Bifidité de la lèvre.

La bifidité de la lèvre (fig. 34) bien que fréquente peut échapper à la vue lorsque les deux moitiés sont rapprochées et en quelque sorte accolées l'une à l'autre.

Au niveau du nez on peut observer des fissures médianes consistant, tantôt en une légère dépression à peine visible

de l'arête dorsale du nez, tantôt en une dépression profonde en forme de selle.

On rencontre aussi des perforations de la voûte palatine et du voile, de telle sorte que les fosses nasales communiquent parfois largement avec la cavité buccale, fig. 35.

Ces fissures résultent de la réunion imparfaite des apophyses du maxillaire supérieur avec l'apophyse nasale interne. Lorsque la soudure s'est faite entre les apophyses du maxillaire supérieur et les apophyses nasales externes,

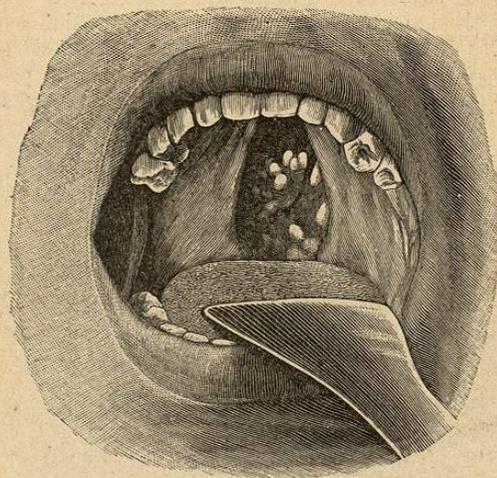


Fig. 35. — Fente palatine médiane chez un enfant de 4 ans. A l'intérieur on aperçoit une amygdale pharyngée hypertrophiée indiquée par des reflets.

on constate une fente latérale qui peut aussi être déterminée par un arrêt de développement de l'os intermaxillaire ; la première a pour résultat la fente oblique de la face, la seconde la fente latérale maxillaire et palatine.

Les fentes latérales sont uni ou bilatérales ; dans le premier cas il n'y a qu'une perte de substance longitudinale latérale de l'os intermaxillaire ; dans le second, il se forme un tubercule osseux. Ce dernier représente la partie antérieure de l'os intermaxillaire munie de quelques dents, sur

les deux côtés duquel existe une fente sagittale intéressant la lèvre et le maxillaire jusqu'en arrière.

On observe aussi des fentes rudimentaires représentées par l'absence d'une canine, d'une encoche latérale de la lèvre supérieure ou d'une déhiscence du palais ou du voile. Les petites perforations (en dehors de la syphilis) des piliers reconnaissent vraisemblablement la même origine. C'est également à un trouble de l'occlusion de la fente maxillaire latérale qu'il faut attribuer l'existence de germes dentaires dans les fosses nasales ou le sinus maxillaire.

Une occlusion incomplète des fentes branchiales produit les **fistules du cou** qui sont : ou *complètes*, c'est-à-dire pourvues d'un orifice interne et d'un orifice externe (la première toujours dans la région des amygdales palatines, ou *incomplètes*, avec un seul orifice.

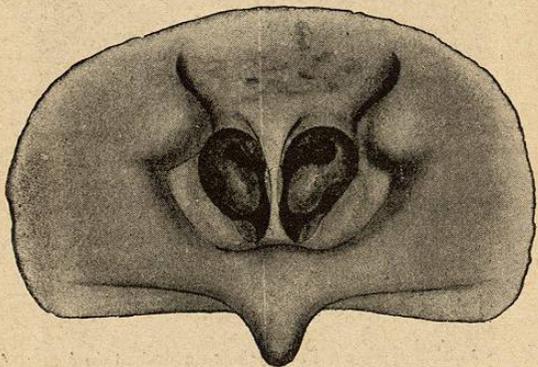


Fig. 36. — Saillie excessive des apophyses ptérygoïdes.

Comme formations rudimentaires de même origine on observe encore les **kystes dermoïdes** profonds du cou et du pharynx et les **DIVERTICULES DU PHARYNX** qui étant congénitaux augmentent plus tard de dimensions. Pendant l'occlusion des fentes embryonnaires des organes superficiels peuvent parfois rester enfouis dans la profondeur et ces îlots épidermiques et épithéliaux peuvent produire par suite du développement embryonnaire continu des tumeurs ou carci-

nomes branchiogènes dont l'extirpation présente des difficultés quelquefois insurmontables en raison de leur siège profond et du voisinage des vaisseaux du cou.

Le développement souvent excessif des tissus osseux, cartilagineux et conjonctifs, au niveau des voies respiratoires supérieures, est souvent la cause de rétrécissements. On observe des rétrécissements du méso et de l'hypopharynx, par suite : soit d'une saillie exagérée des deuxième et troisième corps vertébraux, dans la lordose de la colonne cervicale, soit d'une saillie en forme d'ailerons de la partie supérieure du bord postérieur du vomer ; celle-ci constitue une difficulté dans l'ablation de l'amygdale pharyngée et une cause d'appréhension pour les débutants.

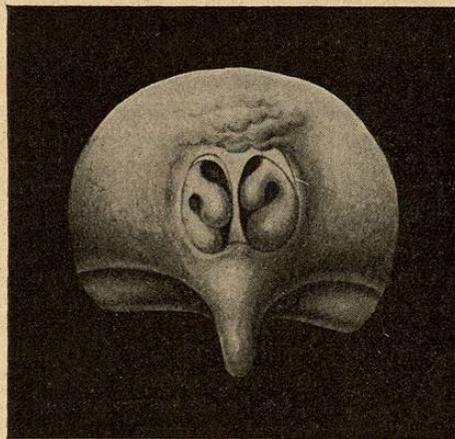


Fig. 37. — Membrane située en arrière des bourrelets tubaires et les recouvrant.

Il faut encore citer les **exostoses du vomer** (fig. 28) ou de la **lame perpendiculaire de l'ethmoïde** au niveau de la crête de cloison, la saillie excessive des apophyses ptérygoïdes qui rétrécissent les choanes (fig. 36), les diaphragmes, partiels ou complets, rétro-choanaux (fig. 37 et 38), transversaux ou horizontaux, *osseux et fibreux* dans les fosses nasales, surtout dans leur partie postérieure.

Enfin des synéchies rudimentaires (fig. 39) qui se distinguent des adhérences acquises par l'absence de tissu cicatriciel.

Les épines de la cloison accompagnées ordinairement de

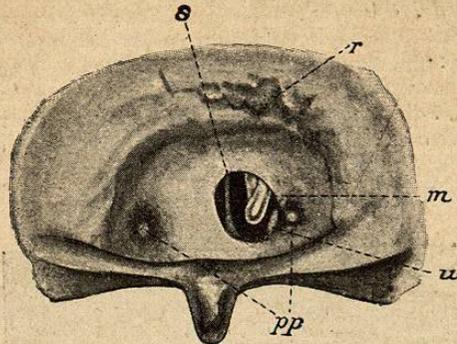


Fig. 38. — Membrane située derrière la choane droite et le bourrelet tubaire; pp, apophyses ptérygoïdes saillantes; — n, cornet inférieur; — m, cornet moyen; — s, cloison; — r, recessus de l'amygdale pharyngée.

crête sont une des malformations les plus fréquentes de ce genre (fig. 33 et planche XXVII, fig. 1), elles sont produites par une articulation déficiente du cartilage ou de la cloison osseuse avec l'os intermaxillaire.



Fig. 39. — Synéchies rudimentaires.

les moyennes et les petites, le bistouri reproduit ci-contre

On ne doit corriger toutes ces malformations que s'il existe des troubles fonctionnels ou autres, sérieux et constituant de réels obstacles à la respiration. Irritations par le contact avec le cornet inférieur, arrêt et accumulations des sécrétions, telles sont les indications.

On a proposé une foule de méthodes et d'instruments. Je conseille d'employer pour les exostoses volumineuses une gouge de sculpteur; pour

(fig. 40) avec lequel on rase nettement en attirant l'instrument à soi.

Le traitement des atrésies nécessite une méthode spéciale à chaque cas en particulier.

Toutes ces interventions pourront être suivies de synéchies, qu'il faudra prévenir par un tamponnement séparant les plaies de deux surfaces opposées. Vis-à-vis des adhérences et des diaphragmes membraneux, il ne faut pas se contenter de les inciser (car après et surtout avec l'emploi du galvanocautère, la réunion est la règle) mais il faut encore les réséquer.

Dans les synéchies antérieures, qui existent surtout entre

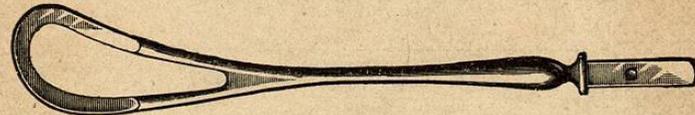


Fig. 40. — Bistouri: Pour le manche, voir fig. 11.

le cornet et les épines (fig. 32) on commencera par inciser l'adhérence avec le bistouri, les ciseaux, ou au besoin avec la gouge, puis on en réséquera la base avec le bistouri annulaire.

Les fréquentes déviations de la cloison (Pl. XXVII), qui nécessitent trop souvent une intervention, exigent les mêmes soins post-opératoires, c'est-à-dire tamponnement minutieux. A l'état normal la cloison est toujours déviée mais gêne davantage le rhinologiste que le malade qui la porte. Elle détermine en effet une gêne respiratoire peu accentuée en général, car il existe une dilatation du côté opposé au niveau de la surface concave. La convexité n'est ordinairement découverte et reconnue que si elle constitue un obstacle à l'ablation de tumeurs, par exemple, ou si elle gêne l'écoulement des sécrétions purulentes. Dans ce cas le redressement est permis en employant le procédé rapide et sanglant et non les méthodes mécaniques lentes et incertaines.

On pratique des incisions radiées sur le côté convexe de la déviation et on fait une mobilisation du côté concave par un tamponnement à demeure pendant plusieurs jours.

Pour toutes ces interventions une technique rhinologique

bien définie est nécessaire et on ne peut l'apprendre par théorie.

Citons encore la brièveté du frein de la langue qui ne doit être incisé que si les mouvements sont vraiment gênés, et l'insuffisance du voile du palais. Dans ce cas, il y a rétrécissement antéro-postérieur du palais, tel qu'au moment de la contraction du voile, celui-ci n'arrive pas au bourrelet de Passavant ; il se produit donc, comme dans la paralysie du voile, de la rhinolalie ouverte, tandis que, grâce à une adaptation précoce et naturelle, la déglutition est à peine troublée.