

hernie de la muqueuse à travers la paroi antérieure des sinus frontaux. Il s'agissait d'une perte de substance du frontal, probablement de nature syphilitique, et laissant passer l'air dans les efforts d'expiration. Cette perte de substance s'étant, dans la suite, recouverte de peau, les mouvements d'expiration exagérés, comme dans l'action de se moucher, déterminaient au-dessous des téguments la formation d'une tumeur molle et facilement réductible, que l'on pouvait maintenir réduite au moyen d'un appareil analogue aux bandages herniaires. Il faut sans doute admettre dans ce cas une dilatation considérable du sinus et de son canal de communication avec la cavité nasale.

Les **tumeurs** les plus communes des sinus frontaux sont les **polypes muqueux**, mais il est rare qu'ils atteignent un volume suffisant pour pouvoir être reconnus d'une façon certaine. La céphalalgie frontale qu'accusent assez souvent les individus affectés de polypes muqueux des parties supérieures du nez, est due certainement bien souvent à des tumeurs semblables des sinus. Du reste, on a aussi observé dans ces cavités des **polypes fibreux** volumineux, ainsi que des **carcinomes**. Ces tumeurs peuvent, de la même manière que l'accumulation des liquides, déterminer une dilatation des sinus. Un diagnostic sûr n'est évidemment possible qu'après l'ouverture de la cavité, et il en est de même, à plus forte raison, de leur extirpation. On peut en dire autant des **ostéomes** qui ont quelquefois les sinus frontaux pour point de départ, ou qui, nés de l'éthmoïde, ont envahi ultérieurement ces derniers. Lorsque ces tumeurs adhèrent à la paroi postérieure de la cavité ou ont pénétré dans la boîte crânienne, une extirpation partielle est seule possible, alors même que l'on a largement ouvert la paroi antérieure des sinus.

Il y a quelques années j'ai extirpé avec succès un ostéome du sinus frontal droit, qui avait produit un haut degré d'exophtalmie et avait envahi la lame criblée de l'éthmoïde. La tumeur consistait en un certain nombre de nodosités très dures, les unes petites, les autres plus grandes, formant ensemble une sorte de conglomérat. Je réussis à les enlever peu à peu, en partie à l'aide du ciseau et en partie au moyen de fortes pinces. La tumeur entière était logée dans une coque osseuse comme la noix dans sa coquille. Grâce à la méthode antiseptique, la guérison s'opéra sans qu'on observât de symptômes cérébraux. Dans un cas de SOCIN l'opération fut suivie d'une méningite mortelle.

II. MALADIES DE LA BOUCHE

a. Vices de conformation congénitaux

Fissure congénitale des joues, bec-de-lièvre, division congénitale du palais.

§ 59. — Les vices de conformation dont il est ici question doivent être tous ramenés à un arrêt de développement de la face dans la première

période de la vie fœtale. C'est pourquoi nous allons donner une courte description des diverses phases du développement de la face chez l'embryon.

Vers la fin de la seconde semaine de la vie fœtale se forment au-dessous de l'extrémité céphalique de l'embryon, dans les parois latérales, déjà fermées à ce niveau, et de chaque côté de la ligne médiane, des fentes profondes appelées **fentes branchiales**. Des quatre bourrelets ou arcs branchiaux qui sont limités par ces fentes et qui sont séparés tout d'abord par une fente médiane, de ceux du côté opposé, les trois inférieurs se réunissent bientôt sur la ligne médiane entre eux et avec les bourrelets correspondants de l'autre côté; les fentes branchiales disparaissent par le fait, et le cou se trouve ainsi constitué. Les deux bourrelets constituant le premier arc branchial sont destinés à former la face. Mais l'extrémité céphalique de l'embryon contribue également au développement de la face en envoyant des prolongements sous forme de bourgeons qui se réunissent à ceux du premier arc branchial. Tandis que les vésicules oculaire et auditive, ainsi que le vestige de la fossette olfactive se forment de chaque côté du prolongement antérieur de l'extrémité céphalique, celle-ci envoie un **bourgeon frontal** qui se divise en trois parties. Le bourgeon médian est limité des deux côtés par le sillon nasal. (C'est dans cette disposition qu'il faut chercher l'origine du bec-de-lièvre d'après KRASKE). Quant aux bourgeons latéraux, ils arrivent jusqu'au sillon oculo-nasal. (C'est à cette période qu'il faut ramener, suivant KRASKE, l'origine de la fissure oblique des joues). Les sillons oculo-nasal et nasal convergent vers le bas et limitent les bourgeons latéraux du prolongement frontal, qui prennent la forme de coins à sommet dirigé en bas. Les bourgeons du maxillaire supérieur nés du premier arc branchial vont à la rencontre de ces deux bourgeons latéraux, avec lesquels ils se réunissent; mais les bourgeons du maxillaire restent séparés l'un de l'autre sur la ligne médiane. Par contre dans la 4^e semaine, les deux bourgeons du maxillaire inférieur, formés également par le premier arc branchial, se sont déjà réunis l'un à l'autre.

L'extrémité antérieure du prolongement frontal forme la pièce de réunion des deux maxillaires supérieurs; elle a reçu le nom d'**os intermaxillaire** (ou incisif); c'est ce dernier qui porte les incisives. La réunion de ces parties a lieu dans la 6^e semaine. Dans la 8^e semaine la lèvre supérieure est également déjà formée.

L'occlusion des autres parties de la cavité buccale s'opère de la manière suivante: De la partie postérieure du premier arc branchial se forment, d'arrière en avant, deux prolongements palatins, lesquels se réunissent sur la ligne médiane avec le vomer qui se développe de haut en bas. Quant à la langue, elle naît du point de soudure des bourgeons du maxillaire inférieur (du premier arc branchial). Le nez est formé par les bourgeons frontaux ainsi que par les fossettes olfactives mentionnées plus haut, tandis que la bouche ne contribue nullement à son développement. La cavité nasale est limitée en dehors par le bourgeon frontal latéral et par le bourgeon du maxillaire supérieur, et en dedans par le bourgeon frontal médian. Après que ces bourgeons se sont réunis, la cavité nasale s'ouvre en partie à l'extérieur par les orifices primitifs du nez, et en partie à l'intérieur dans la cavité buccale. Puis vient la séparation de ces deux cavités

par la réunion des os formant la voûte du palais (7^e semaine). A cette époque la seule partie qui soit encore ouverte, c'est l'extrémité postérieure de la première fente branchiale, destinée à former le conduit auditif externe, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache. Dans la 8^e semaine cette partie n'est plus marquée que par une fossette au niveau de laquelle on voit s'élever, sous forme d'un petit bourrelet, le premier vestige de l'oreille externe. A la même époque les paupières commencent aussi à se montrer, et entre la 10^e et la 12^e semaine toutes les parties de la face sont déjà développées.

§ 60. — Les vices de conformation de la face représentent de véritables pertes de substance ou fissures, qui le plus souvent sont dues à la réunion incomplète des bourgeons frontaux et du maxillaire supérieur lors de leur développement convergent en bas et sur la ligne médiane. Il est plus rare d'observer des vices de conformation par soudure de parties qui normalement doivent rester séparées.

Ces malformations peuvent être tellement prononcées qu'elles rendent l'alimentation impossible (*agnathie*), ou bien il existe en même temps d'autres vices de développement incompatibles avec la continuation de la vie (*schistoprosopus*, *aprosopus*).

Les vices de conformation par défaut de réunion qui occupent surtout le chirurgien, sont les **fissures** des lèvres, des maxillaires supérieurs et des apophyses palatines (*cheilo-gnatho-palatoschisis*, **fissure congénitale des lèvres, du maxillaire, du palais, bec-de-lièvre, gueule-de-loup**). On peut les observer soit isolément, soit réunies chez le même individu. D'autre part ces malformations ne consistent presque jamais dans de simples fissures, car les parties restées séparées subissent toujours plus ou moins un arrêt de développement.

Les plus communes de ces malformations [sont les **fissures de la lèvre supérieure** (*bec-de-lièvre*). Elles occupent très rarement la ligne médiane. Pour ma part, du moins, je n'ai jamais observé de fissure médiane qu'en l'absence de l'os intermaxillaire. D'après ALBRECHT le bec-de-lièvre siège le plus souvent entre les portions interne et externe de l'os incisif.

Le **bec-de-lièvre**, lorsqu'il est *simple*, siège beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite (à peu près dans la proportion de 2:1). Il peut présenter tous les degrés imaginables, depuis une simple dépression du bord libre de la lèvre jusqu'à la division complète pénétrant même dans la narine. Il va sans dire que la largeur de la fissure varie considérablement suivant diverses circonstances que nous aurons encore à examiner. Les bords de la fissure sont revêtus par la muqueuse rouge des lèvres; il est rare qu'ils présentent tous deux la même épaisseur; de même l'angle qu'ils forment avec le bord libre de la lèvre n'est, généralement, pas tout à fait le même pour chacun d'eux. Lorsque la division s'étend jusque dans la narine, l'aile du nez du même côté est toujours attirée en dehors et élargie, et elle se continue directement avec

le bord correspondant de la fissure. Cette dernière variété du bec-de-lièvre se complique habituellement de fissures plus ou moins complètes du maxillaire supérieur (Voir fig. 56).

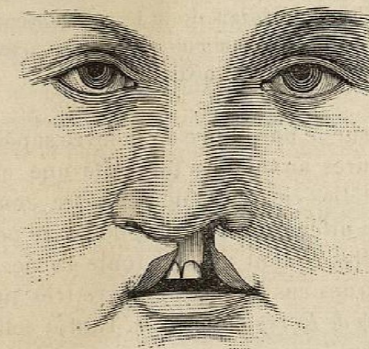


Fig. 56. — Bec-de-lièvre gauche s'étendant jusque dans la narine.

Dans les cas de *bec-de-lièvre bilatéral* les fissures peuvent être également très peu profondes ou s'étendre plus ou moins haut jusqu'aux narines ou même, ce qui est très fréquent, dans l'intérieur de ces dernières. Leur forme diffère considérablement en raison du développement variable de la portion moyenne de la lèvre. Il se peut, en effet, que cette

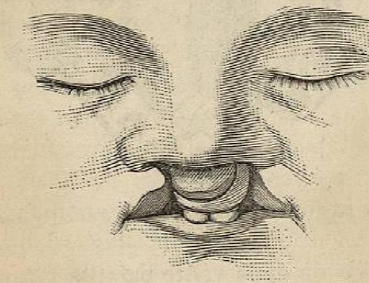


Fig. 57. — Bec-de-lièvre bilatéral avec fissure du maxillaire et saillie en avant de l'os intermaxillaire.

partie atteigne les dimensions qu'elle présente à l'état normal, mais le plus souvent elle subit un arrêt de développement aussi bien en largeur qu'en hauteur. Dans les cas les plus défavorables, qui souvent sont compliqués d'une fissure double du maxillaire, le lobule médian ne forme plus qu'un petit appendice de la sous-cloison reposant sur l'os intermaxillaire, qui lui-même simule une sorte de trompe située presque à l'extrémité du nez.

Lorsque les parties latérales de la lèvre ont subi également un arrêt de développement, on peut croire avoir affaire à une absence totale de