

réguliers, ils sont quelquefois onduleux. Souvent le développement en hauteur de la lèvre paraît arrêté, et le bord interne de la fente n'a ni la même longueur, ni la même épaisseur que le bord externe. Celui-ci, attiré en dehors par les muscles de la commissure labiale, prend une direction oblique, et s'écarte du bord interne en formant avec lui une sorte de V ouvert en bas et en dehors.

Nous venons de décrire la forme la plus habituelle, celle dans laquelle la fissure constituant le bec-de-lièvre est située du côté gauche. Beaucoup plus rarement elle occupe la ligne médiane ou même la commissure des lèvres, constituant le bec-de-lièvre génien ou commissural.

C'est à tort qu'on a nié le bec-de-lièvre médian. Nicati et Blandin en rapportent chacun un exemple. Bouisson dit avoir vu 2 cas de ce genre, l'un au musée de Strasbourg, l'autre au musée de Tubingen. La fissure médiane du bourgeon incisif et sa séparation en deux bourgeons secondaires nous permettent de comprendre aisément cette difformité. La fissure médiane du bourgeon incisif peut en effet exceptionnellement demeurer permanente et donner naissance à un bec-de-lièvre médian.

Le bec-de-lièvre génien est, comme le bec-de-lièvre médian, une rare exception. Tantôt la fente buccale est prolongée dans le sens transversal vers la région auriculaire; tantôt elle se prolonge suivant une direction oblique et aboutit à la paupière inférieure, qui peut être affectée elle-même de coloboma.

**b. Bec-de-lièvre double ou bilatéral.** — Que chacune des fentes qui séparent latéralement le bourgeon incisif des bourgeons maxillaires persiste, et l'on a le bec-de-lièvre double, dans lequel la lèvre est divisée en trois parties, un lobule médian, et deux parties latérales, comme dans les premiers temps de la vie embryonnaire. Dans la théorie d'Albrecht, la fente de chaque côté passe, non plus entre le maxillaire supérieur et l'os incisif, mais bien entre les deux moitiés d'un même os incisif. Le résultat, du reste, est le même.

**c. Bec-de-lièvre compliqué.** — De nombreuses complications peuvent accompagner le bec-de-lièvre; mais tandis que ces complications sont accidentelles dans le cas de bec-de-lièvre unilatéral, elles sont au contraire la règle dans le bec-de-lièvre double.

Ces complications peuvent être rangées en deux groupes, suivant

qu'elles portent uniquement sur les parties molles voisines, ou bien qu'elles s'étendent au squelette de la mâchoire supérieure.

Du côté des parties molles, on rencontre exceptionnellement la bifidité du lobe ou des ailes du nez, qui nécessite une suture, comme la fente labiale elle-même. Une autre complication également fort rare, c'est la présence, sur le bord libre de la lèvre inférieure, de deux petits pertuis siégeant de chaque côté de la ligne médiane, et conduisant dans un trajet muqueux, long de quelques millimètres. Nous aurons occasion d'y revenir en parlant du bec-de-lièvre de la lèvre inférieure. Enfin une dernière complication du côté des parties molles, beaucoup plus importante que les précédentes à cause de sa fréquence, c'est celle qui consiste en une adhérence anormale de la lèvre à la gencive. La nécessité de disséquer ces adhérences dans une plus ou moins grande étendue donne à l'opération du bec-de-lièvre une gravité beaucoup plus grande. Dans les cas de bec-de-lièvre double, il arrive parfois que le lobule médian est en même temps très court et adhérent par toute sa face postérieure, ce qui contribue à rendre plus difficile la réparation.

Les complications du côté du squelette de la mâchoire supérieure sont au nombre des plus fréquentes, et, en même temps, des plus graves. La communauté de développement des lèvres et des mâchoires aux dépens des bourgeons embryonnaires explique aisément que le même arrêt de développement qui produit du côté des lèvres le bec-de-lièvre, amène dans la constitution des mâchoires des difformités concomitantes.

On peut observer tout d'abord l'absence complète de toute la voûte palatine; mais cette difformité coïncide habituellement avec d'autres vices de développement incompatibles avec l'existence, et n'a par conséquent aucun intérêt pratique. Il n'en est pas de même des simples fentes ou fissures qui peuvent siéger sur l'arcade alvéolaire, sur la voûte palatine osseuse et sur le voile du palais. Le bec-de-lièvre unilatéral peut être compliqué par la présence d'un sillon existant sur la face antérieure du bord alvéolaire, et indiquant le point d'union de l'os incisif avec le maxillaire correspondant. Dans d'autres cas, ce n'est plus seulement un sillon, mais une division complète qui existe dans le même point. Cette division peut occuper l'arcade alvéolaire seule, mais le plus souvent elle se prolonge obliquement en arrière et en dedans sur la voûte palatine, où elle se termine au niveau

du conduit palatin antérieur. Il peut arriver que les deux lèvres de cette fente osseuse soient sur un même plan; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. La lèvre interne proémine en avant et se trouve sur un plan antérieur à celui de la lèvre externe de la fente, ce qui exagère singulièrement la difformité.

Il arrive aussi que le bec-de-lièvre unilatéral coïncide avec une fissure médiane de la voûte palatine, et cette dernière peut elle-même s'accompagner d'une fente plus ou moins complète du voile du palais. La bifidité du voile peut aussi exister comme seule complication du bec-de-lièvre. Enfin, dans certains cas, la fissure compliquant le bec-de-lièvre existe à la fois sur l'arcade dentaire, sur la voûte palatine et le voile du palais.

Mais c'est surtout dans le bec-de-lièvre double que se rencontrent les complications du côté du squelette. A la rigueur, une fente unique siégeant entre l'incisive latérale et la canine peut coïncider avec un bec-de-lièvre double; mais dans l'immense majorité des cas la fente alvéolaire est elle-même bilatérale, et les deux fissures qui la constituent se réunissent au niveau du trou palatin antérieur. Tantôt la difformité s'arrête là; tantôt elle se continue avec une fente médiane de la voûte palatine et du voile du palais. La difformité est alors à son comble, et la cavité buccale communique largement avec la cavité des fosses nasales. C'est ce degré extrême du bec-de-lièvre compliqué qui prend le nom de *gueule de loup*. Mais il est encore une circonstance qui présente la plus haute importance au point de vue du traitement, c'est la position qu'occupe le bourgeon médian représentant les os incisifs ou intermaxillaires et la partie moyenne de la lèvre. Quelquefois ce bourgeon médian, appelé aussi lobule ou tubercule médian, est vertical; mais le plus souvent, n'étant plus soutenu latéralement, appendu à la cloison des fosses nasales par une sorte de pédicule, il est projeté en avant et fait une saillie plus ou moins considérable au-devant des deux maxillaires supérieurs. C'est à cette difformité qu'on donne le nom de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire. Enfin, dans des cas extrêmes, la sous-cloison du nez fait complètement défaut, et le tubercule médian vient s'insérer à l'extrémité du lobule du nez.

2° **Bec-de-lièvre de la lèvre inférieure.** — Cette variété est tout à fait exceptionnelle. Elle avait été niée à tort par Cruveilhier, Mais déjà Béclard et d'autres anatomistes avaient signalé comme un

premier degré de bec-de-lièvre la profondeur anormale du sillon que présente à sa partie moyenne la lèvre inférieure. Couronné (de Rouen), Nicati et Bouisson (de Montpellier) ont rapporté des cas authentiques de cette variété du bec-de-lièvre.

Comme permet de le comprendre le développement de la lèvre inférieure, qui se fait par deux bourgeons venant se souder sur la ligne médiane, c'est à la partie moyenne de cette lèvre que siège la difformité. La fente est plus ou moins prolongée, plus ou moins complète. Il est même permis de se demander si l'on ne peut pas rapprocher du bec-de-lièvre ces petits pertuis communiquant avec une dépression en forme de cul-de-sac, dont nous avons signalé l'existence sur le bord libre de la lèvre inférieure, comme une complication du bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. Des exemples de cette petite difformité ont été signalés par plusieurs chirurgiens, au nombre desquels nous citerons Demarquay, Murray, MM. Richet et Lannelongue. Toutefois, il est juste de faire remarquer avec Béraud que ce vice particulier de conformation ne répond à aucun état embryonnaire connu.

Comme le bec-de-lièvre de la lèvre supérieure, celui de la lèvre inférieure peut se compliquer de lésion osseuse. Il est en effet des cas dans lesquels il existait, en même temps qu'une division de la lèvre, une fissure médiane du maxillaire inférieur. M. Parise (de Lille) a fait connaître une observation dans laquelle un bec-de-lièvre médian de la lèvre inférieure s'accompagnait d'une division du maxillaire inférieur. MM. Faucon (d'Amiens), Verneuil, Lannelongue, ont publié des faits dans lesquels il y avait, outre la fente labiale et la division du maxillaire, une tumeur surajoutée à cet os, constituant un maxillaire surnuméraire, et fournissant un exemple de la difformité connue sous le nom de *polygnathie*.

**Étiologie.** — Si la connaissance exacte du développement de la face et des lèvres nous permet de comprendre la production des divers vices de conformation décrits sous le nom de bec-de-lièvre, par le fait d'un arrêt de développement, il reste encore à déterminer la cause du phénomène. En d'autres termes, le bec-de-lièvre est produit par un arrêt de développement; mais cet arrêt de développement lui-même, quelle en est l'origine?

Il faut admettre dans certains cas une altération primitive du germe, une disposition spéciale transmise par les parents, comme en

témoigne l'hérédité de la maladie établie sur des preuves certaines. Murray a fait connaître l'histoire d'une famille dans laquelle le père et deux enfants avaient un bec-de-lièvre double de la lèvre supérieure. Demarquay a cité le cas de trois enfants atteints de bec-de-lièvre, dans une famille où le père présentait la même anomalie. M. Trélat a signalé un exemple où l'influence de l'hérédité s'est manifestée sur plusieurs générations.

Il faut ensuite faire une part aux lésions qui peuvent entraver le cours du développement, que ces lésions soient extérieures à l'embryon, ou qu'elles viennent de lui-même. Dans le premier groupe de causes se rangent les maladies des parents, les traumatismes de l'utérus pendant la grossesse. Dans le second groupe prennent place les maladies de l'embryon lui-même. Dans un mémoire sur les anomalies congénitales considérées au point de vue de leur pathogénie, publié dans les *Archives de médecine* en 1885, M. Lannelongue s'efforce de faire prévaloir ces idées, et il rapporte des exemples qui ont trait au bec-de-lièvre. Ainsi, il rattache à la présence d'une petite tumeur kystique de la gencive d'origine érectile un bec-de-lièvre simple de la lèvre supérieure. Il explique par la présence du maxillaire inférieur surajouté au maxillaire normal, la double fente de la lèvre inférieure et de la mâchoire dont nous avons déjà parlé.

**Symptômes et diagnostic.** — Outre la difformité causée par la présence du bec-de-lièvre, difformité qui s'exagère avec les différentes complications que nous avons signalées, ce vice de conformation a encore pour inconvénient grave d'entraver plus ou moins complètement la nutrition. Sans doute, dans le bec-de-lièvre simple, la succion n'est pas empêchée, et les enfants peuvent prendre le sein. Mais dans le bec-de-lièvre double et surtout compliqué, il n'en est plus de même; on est obligé d'alimenter les enfants à l'aide d'une cuiller, et la nutrition est sérieusement menacée.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté. Il résulte de l'examen soigneux du malade, et de la connaissance exacte de la pathogénie de l'affection, qui permet de se rendre compte des détails de chaque cas particulier.

**Pronostic.** — Le pronostic découle de ce que nous venons de dire au sujet des symptômes. Si le bec-de-lièvre simple constitue seulement une difformité, le bec-de-lièvre compliqué représente au

contraire une lésion des plus graves. L'impossibilité de la succion expose un grand nombre d'enfants à succomber dès leur bas âge. S'ils survivent, ils conservent, outre la difformité, une gêne très grande de la mastication, de la déglutition et de la parole. Enfin l'opération à faire en pareil cas n'est pas sans présenter elle-même de graves dangers.

**Traitement.** — Le traitement du bec-de-lièvre comprend deux questions : l'une est relative à l'âge auquel il convient d'opérer les malades ; l'autre a trait au choix même du procédé.

**1° De l'âge auquel il convient d'opérer.** — Les opinions les plus diverses ont été émises sur cette partie de la question. Tandis que certains chirurgiens, parmi lesquels P. Dubois, ont conseillé l'opération dans les premiers jours qui suivent la naissance, d'autres tels que Boyer, Dupuytren et les auteurs du *Compendium*, veulent l'ajourner au sixième mois, ou même après la seconde année.

Ainsi présentée, la question ne nous paraît pas susceptible de solution. Il faut nécessairement, en effet, établir des distinctions suivant la nature des cas que l'on a sous les yeux.

S'agit-il d'un bec-de-lièvre tout à fait simple, se réduisant à une fente qu'il suffira d'aviver et de suturer pour obtenir la guérison, on pourra opérer de bonne heure. Les auteurs du *Compendium* admettent l'opération hâtive en pareil cas. Tel est l'avis de Broca et de son élève, M. Monod ; M. Trélat exprimait récemment la même idée dans une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie. M. Duplay partage la même opinion. Encore même dans ces cas ne nous semble-t-il pas nécessaire d'opérer dès les premiers jours qui suivent la naissance.

En effet, la succion et, par conséquent, la nutrition ne sont pas nécessairement compromises. La moindre perte de sang, la moindre complication peuvent avoir à ce moment une influence funeste. Aussi nous semble-t-il plus sage d'attendre, par exemple, la fin du premier mois, et de n'opérer qu'après s'être assuré que la nutrition se fait d'une façon régulière, et que l'enfant est assez vigoureux pour supporter une opération. Celle-ci doit-elle être plus compliquée, nécessite-t-elle, par exemple, des décollements étendus, qui exposent à l'hémorrhagie, on devra la retarder jusqu'au quatrième ou au cinquième mois. Enfin, lorsqu'il sera nécessaire d'exécuter des opérations complexes, portant sur le squelette, comme celles que nécessite

le bec-de-lièvre double et compliqué, on devra reculer l'intervention jusqu'après la seconde année. Opérer de bonne heure, en pareil cas, serait exposer sans nécessité les enfants à de graves dangers; on ne retirerait du reste de l'opération aucun avantage sérieux; car lors même qu'on réussirait à réparer la difformité de la lèvre, la fente persistante de la voûte palatine et du voile du palais s'opposerait à la succion, et condamnerait les petits malades à une alimentation défectueuse.

2° **Du choix du procédé opératoire.** — Ici encore il faut, de toute nécessité, établir une subdivision, suivant qu'on a affaire à un bec-de-lièvre simple ou compliqué.

a. *Bec-de-lièvre simple.* — Le procédé le plus ancien et, en même temps, le plus expéditif, consiste à aviver, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, les deux lèvres de la solution de continuité, puis à les réunir par la suture. La suture entortillée a été employée dans ce but par A. Paré. Elle tend de plus en plus à être délaissée aujourd'hui, et à être remplacée par la suture entrecoupée, pratiquée, soit à l'aide des fils métalliques, soit avec des fils de soie. Nous ne saurions trop insister sur la recommandation que nous avons déjà faite à propos des plaies des lèvres, de comprendre dans la suture toute l'épaisseur du bord labial jusqu'à la muqueuse, de façon à comprimer les artères coronaires et à arrêter l'hémorrhagie. Cette recommandation a ici d'autant plus d'importance que les jeunes enfants exercent instinctivement des mouvements de succion qui entretiennent l'hémorrhagie, si l'hémostase n'a pas été bien complète. On a vu des enfants succomber ainsi à l'hémorrhagie, en avalant le sang qui s'écoulait incessamment de la plaie, et sans que rien ait révélé au dehors cette terrible complication.

Mais l'opération ainsi pratiquée ne saurait convenir que dans des cas exceptionnels où les bords de la fente labiale ont un complet développement. Pour peu que la lèvre soit arrêtée dans son développement en hauteur, en même temps qu'elle présente une fente congénitale, ce qui est le cas le plus fréquent, on ne remédierait ainsi qu'incomplètement à la difformité. On verrait en effet persister une encoche plus ou moins prononcée sur le bord labial. C'est pour éviter cette encoche qu'ont été imaginés un très grand nombre de procédés.

Husson fils proposa de faire l'avivement du bec-de-lièvre suivant

deux lignes courbes se regardant par leur concavité. Il espérait que le redressement de ces courbes sous l'influence de la suture aurait pour effet d'augmenter la hauteur verticale de la lèvre. Clémot (de Rochefort) et Malgaigne tentèrent d'arriver au même résultat par un procédé différent. Faisant leur avivement de haut en bas, ces auteurs dessinaient deux petits lambeaux qui, au lieu d'être supprimés, étaient conservés et, laissés pendants par leur propre poids, constituaient une sorte de petite trompe qui suppléait au manque de hauteur de la lèvre à ce niveau. Plus tard, si ce petit appendice était trop exubérant, on pourrait le raccourcir en l'excisant.

Le procédé de Nélaton n'est qu'une modification de celui de Malgaigne; au lieu de faire deux lambeaux latéraux, il fait un avivement unique, comprenant tout le pourtour de la solution de continuité, y compris la muqueuse répondant à l'angle de la fente. La bandelette de tissus ainsi isolée et attirée en bas forme un V dont les bords sont accolés et réunis ensemble par la suture.

Henry (de Nantes) a apporté également une modification utile à connaître au procédé de Clémot et Malgaigne. Comme ces deux auteurs, il dessine deux lambeaux latéraux; mais il les taille obliquement en biseau, l'un aux dépens de la face antérieure, l'autre aux dépens de la face postérieure de la lèvre, de sorte que, rapprochés par la suture, ces lambeaux se répondent par de larges surfaces.

Giraldès a également imaginé un procédé qui consiste à pratiquer le double avivement en sens inverse sur chacun des bords de la solution de continuité, et à conserver pour la réparation les lambeaux ainsi formés. Ce procédé, auquel on a pu reprocher d'être un peu compliqué, convient surtout pour les cas dans lesquels la fente s'étend jusque dans la narine, et s'accompagne d'élargissement transversal du nez. Il serait difficile de le comprendre, sans avoir sous les yeux une figure; aussi renvoyons-nous pour sa description aux livres de médecine opératoire.

Enfin, un procédé excellent, et applicable dans l'immense majorité des cas, c'est celui de Mirault (d'Angers), qui consiste à conserver seulement l'un des lambeaux formés par l'avivement du bec-de-lièvre, et à venir l'appliquer par la suture sur l'autre lèvre de la fente préalablement avivée. Ce procédé a été adopté avec des modifications par Broca et par M. Lannelongue. Ce dernier auteur, après avoir taillé

un lambeau aux dépens d'une des lèvres de la solution de continuité, se contente de pratiquer sur l'autre lèvre un avivement extrêmement superficiel de façon à diminuer autant que possible la perte de substance.

Dans les cas de bec-de-lièvre double, si le lobule médian est suffisamment long, on pourra opérer comme s'il s'agissait d'un bec-de-lièvre simple, en exécutant une opération semblable sur chacun de ses bords. Mais souvent il arrive que le tubercule médian n'a que très peu de hauteur; il est dès lors impossible de l'attirer jusqu'au bord libre de la lèvre. On est obligé de se contenter de l'interposer, après avivement, à la base seule de la fente, dont les deux lèvres se rejoignent au-dessous de lui, de sorte que les lignes de réunion représentent après le passage des fils la figure d'un Y. Enfin dans les cas où le lobule médian est complètement atrophié, on est obligé de l'exciser, et l'on se comporte alors comme si l'on avait affaire à un bec-de-lièvre simple.

Dans les cas où le lobule serait implanté à l'extrémité du nez, on pourrait imiter l'exemple de Dupuytren, c'est-à-dire ramener ce lobule en arrière, lui donner la direction horizontale, et reconstituer à ses dépens la sous-cloison.

Déjà nous avons parlé des cas dans lesquels il existe de larges adhérences de la lèvre à la mâchoire supérieure; nous avons également signalé, comme complication des fentes larges et se prolongeant jusque dans la narine, l'élargissement transversal du nez. Dans ces différents cas, pour ramener au contact les deux lèvres de la solution de continuité, on est obligé de pratiquer de larges dissections. Or, ce qu'il faut avant tout éviter, c'est la perte de sang, très mal tolérée chez les jeunes enfants. On a donc imaginé plusieurs procédés pour faire ces dissections sans avoir d'hémorrhagie. Broca se servait du galvanocautère; M. Verneuil a fait construire dans le même but un petit écraseur; MM. Trélat et Monod conseillent le thermocautère. Tous ces instruments convenablement maniés peuvent donner de bons résultats. Le thermocautère mérite cependant la préférence par sa simplicité.

b. *Bec-de-lièvre compliqué.* — Les complications du côté des os commandent, comme nous l'avons déjà dit, de remettre l'opération à une époque plus éloignée, par exemple vers la deuxième année. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre unilatéral, ou même d'un

bec-de-lièvre double, sans saillie des os intermaxillaires, on doit opérer d'assez bonne heure (vers le sixième mois) la fente des parties molles, parce que, sous l'influence du rapprochement de ses bords, on est assez heureux quelquefois pour voir diminuer la largeur de la fissure osseuse. La réparation de cette dernière sera donc plus facile, lorsque plus tard on s'occupera de la combler.

Mais les complications osseuses peuvent exiger certaines opérations particulières. Il arrive, en effet, comme nous l'avons déjà dit, que, même dans les cas de bec-de-lièvre unique, compliqué de fissure alvéolaire, l'os intermaxillaire fasse une saillie assez considérable pour rendre impossible le rapprochement des bords de la solution de continuité labiale. M. Duplay a conseillé en pareil cas, après avoir avivé les bords de la solution de continuité osseuse, de fracturer le maxillaire supérieur à son union avec l'os incisif, puis de refouler en arrière ce dernier os ainsi mobilisé. La saillie de l'os incisif ayant disparu, il devient alors facile de pratiquer, comme à l'ordinaire, la suture de la fente labiale.

Quant à l'aplatissement du nez, les larges décollements conseillés par Broca, en permettant le rapprochement plus facile des bords de la solution de continuité, y remédient en partie. Si cependant ces décollements se montraient insuffisants, on pourrait recourir au moyen conseillé par Guersant et par Philippe, c'est-à-dire rapprocher les deux narines l'une de l'autre, soit au moyen d'une serre-fine spéciale, soit au moyen d'une aiguille passée à travers l'épaisseur même des narines et de la cloison. Tout en employant ce procédé dans les cas où il sera jugé indispensable, il importe de savoir qu'il a l'inconvénient de rendre très difficile, impossible même la respiration nasale, et qu'en pareil cas, les enfants doivent être attentivement surveillés.

Une complication qui rend très grave l'opération du bec-de-lièvre, c'est la saillie de l'os intermaxillaire coexistant fréquemment avec le bec-de-lièvre double. Tantôt on a enlevé purement et simplement l'os intermaxillaire; c'est le procédé de Franco. Tantôt on s'est efforcé de conserver cet os, après l'avoir remis en place. On est aujourd'hui d'accord pour conserver cet os intermaxillaire toutes les fois où cela sera possible, c'est-à-dire quand la difformité ne sera pas trop considérable. Déjà Desault pratiquait le refoulement en arrière du tubercule médian par une compression lente et suffisamment

prolongée. Gensoul pratiqua le refoulement brusque de ce tubercule en fracturant son pédicule. Enfin Blandin substitua à ce procédé un peu brutal la résection de la cloison permettant de refouler en arrière sans fracture le tubercule médian. Mais ce procédé expose à l'hémorrhagie. Cependant Broca a montré que la section de la cloison, comme la dissection des adhérences des parties molles, pouvait être faite à l'aide du galvano-cautère, sans fournir de perte de sang. Il semble que le refoulement du tubercule médian soit une opération très supérieure à son ablation; cependant, même après l'avivement de ses bords, le tubercule ainsi remis en place conserve souvent sa mobilité. Toutefois Broca a pu, par la suture métallique du tubercule médian avec les maxillaires, obtenir une consolidation osseuse. Mirault (d'Angers) est arrivé au même résultat, en pratiquant la résection sous-périostée du vomer, c'est-à-dire décollant le périoste sur ses parties latérales, puis réséquant une surface quadrilatère de cet os, dans laquelle vient se loger l'os incisif refoulé et maintenu en place par la suture.

## ARTICLE II

MALADIES DE LA VOUTE PALATINE, DU VOILE DU PALAIS  
ET DES AMYGDALES

Nous diviserons cet article en deux parties : Les maladies de la voûte palatine osseuse et du voile du palais constituant dans leur ensemble la paroi supérieure de la bouche, se prêtent à des considérations communes; elles formeront la première partie. Dans une seconde partie, nous traiterons des maladies des amygdales.

## PREMIÈRE PARTIE

## MALADIES DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les traumatismes de la voûte palatine et du voile du palais sont rares. A la voûte palatine, lorsque les parties molles sont seules inté-

ressées, la lésion traumatique n'a pas une grande importance. Les lésions de la voûte palatine osseuse ne sont parfois qu'un incident dans des fractures de la face et du crâne, présentant une bien plus grande gravité. Il est cependant des traumatismes qui sont limités à la voûte palatine osseuse. C'est ce qui arrive, par exemple, chez des personnes qui font une chute sur la face, en tenant entre les dents un corps solide, tel qu'une pipe, une canne, un manche de raquette, une tige métallique, etc. Après avoir déchiré la muqueuse, l'instrument perce la voûte palatine osseuse. Une autre cause très fréquente de lésions de la voûte palatine, ce sont les plaies par armes à feu, qui s'accompagnent de déchirures étendues de la muqueuse et de fractures esquilleuses de la voûte palatine. On les observe surtout dans les tentatives de suicide, lorsque le canon de l'arme a été introduit dans la cavité buccale. En pareil cas, il existe le plus souvent des désordres étendus du côté des parties molles voisines, lèvres, langue, voile du palais.

Les simples piqûres du voile du palais, comme celles qui sont causées par la déglutition d'un corps piquant (os, arête de poisson), n'ont pas d'importance. Elles déterminent seulement un épanchement sanguin dans la muqueuse. Les plaies elles-mêmes, lorsqu'elles sont peu étendues et surtout lorsqu'elles n'intéressent pas le bord libre du voile du palais, se réunissent généralement sans incidents. Au contraire, si le bord libre du voile est intéressé, les deux lèvres de la plaie ont la plus grande tendance à s'écarter l'une de l'autre et à laisser subsister une difformité. Aussi faut-il, en pareil cas, pratiquer la suture pour éviter la cicatrisation isolée des lèvres de la plaie. Généralement l'hémorrhagie est sans importance; si elle persistait, on pourrait, à l'exemple de Boyer, l'arrêter en touchant avec la pointe d'un stylet rougi au feu le point qui fournit le sang. Quant aux plaies par armes à feu, on les traitera seulement par de fréquents lavages antiseptiques de la cavité buccale; on s'efforcera de conserver tous les lambeaux muqueux, toutes les esquilles; plus tard, s'il y a lieu, on traitera la perforation persistante, comme nous le dirons en parlant des divisions de la voûte palatine et du voile du palais.