

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.

## II

## LÉSIONS INFLAMMATOIRES

*a. Ostéo-périostite de la voûte palatine.* — Elle peut reconnaître pour cause un traumatisme; dans d'autres cas, elle succède à la périostite alvéolo-dentaire; mais le plus souvent elle est d'origine diathésique; développée sous l'influence de la scrofule ou de la syphilis, elle amène la carie ou la nécrose et aboutit fréquemment à des perforations de la voûte palatine. M. Duplay pense que, dans l'immense majorité des cas, les lésions débutent par le plancher des fosses nasales et se propagent secondairement à la voûte palatine. On comprend ainsi comment l'os dénudé sur ses deux faces se nécrose, et donne naissance à une perforation. Souvent, en effet, en même temps que l'ostéo-périostite de la voûte palatine, on constate de l'ozène.

Quel que soit son mode de début, l'ostéo-périostite de la voûte palatine se révèle par de la douleur, du gonflement et de la rougeur, dans l'endroit qui est le siège de l'inflammation. Tous les points de la voûte palatine peuvent être atteints si la lésion est d'origine traumatique. Lorsqu'elle est d'origine dentaire, elle se développe au voisinage de l'arcade alvéolaire; enfin, quand la syphilis est la cause de l'ostéo-périostite, elle siège habituellement sur la ligne médiane.

Le gonflement augmentant de volume et devenant de plus en plus mou, on perçoit bientôt la fluctuation qui décèle la formation d'un abcès. Celui-ci ouvert, la lésion peut aboutir à une complète guérison, lorsqu'il s'agit d'une ostéo-périostite traumatique ou d'origine dentaire. Dans les cas d'ostéo-périostite scrofuleuse ou syphilitique, le plus souvent l'abcès reste fistuleux, des esquilles sont éliminées, et l'on voit s'établir une perforation.

*b. Abcès du voile du palais.* — Ces abcès peuvent être dus à des traumatismes, aux diverses angines phlegmoneuses, ou à la carie des dernières molaires. Ils déterminent une violente douleur, de la fièvre, un état général grave. La voix prend un timbre nasillard, la respiration est difficile, la déglutition est entravée. Le malade n'écarte qu'avec peine les mâchoires. Si l'examen est possible, on constate sur un point du voile du palais une bosselure rouge, tendue, luisante; le doigt porté sur cette tumeur, et la déprimant, a la sensation du

choc en retour. Dès qu'on est convaincu de l'existence du pus, il faut lui donner issue. Pour cela, on se sert d'un bistouri dont la lame est enveloppée de linge ou de diachylon jusqu'à 1 centimètre de la pointe, pour éviter la blessure des parties voisines.

Quelquefois la suppuration se propage dans l'épaisseur même de la luette; dans d'autres cas, cet appendice est seulement infiltré. Enfin, à propos de l'inflammation du voile du palais, signalons les cas de prolongement hypertrophique de la luette, dans lesquels cet organe augmente de longueur, vient irriter la base de la langue et l'entrée du larynx, et provoque des accès de toux réflexe et des mouvements incessants de déglutition. Si l'affection ne cède pas à un traitement astringent, il peut devenir nécessaire de pratiquer l'excision de la luette. Mais il est à noter que cette petite opération peut donner lieu à des hémorragies, et laisser à sa suite une altération du timbre de la voix.

*c. Gommages du palais.* — Les gommages de la voûte palatine ne sont le plus souvent que des ostéo-périostites gommeuses rentrant dans l'ostéo-périostite de la voûte palatine, dont nous avons déjà parlé. Quant aux gommages du voile du palais, elles sont loin d'être rares. Nous ferons remarquer avec M. Fournier, qui a donné de cette affection une excellente description, que la marche est le plus souvent insidieuse. Il n'y a pas de douleurs, seulement un peu de gêne de la déglutition, qui se traduit par le reflux des aliments par le nez, et quelquefois le travail ulcératif amène la perforation du voile avant qu'on ait pu porter le diagnostic. Quelquefois il s'agit d'une tumeur circonscrite, mais le plus souvent elle revêt la forme d'une véritable infiltration gommeuse diffuse du voile du palais. Celui-ci est épaissi dans tout son ensemble, rouge, tendu, luisant. L'exploration en est facile, vu son peu de sensibilité; on constate alors son épaississement. Ses mouvements sont en grande partie perdus. Enfin l'ulcération se fait, soit du côté de la bouche, soit du côté des fosses nasales; ou même elle comprend toute l'épaisseur du voile et laisse à sa suite une perforation persistante.

*d. Ulcérations.* — Les principales sont les ulcérations diathésiques, qui appartiennent à la syphilis et à la scrofule.

Les ulcérations secondaires, plaques muqueuses ulcérées, du voile du palais, sont loin d'être rares. On y rencontre aussi des ulcérations tertiaires, qui, le plus souvent, débutent par la face supérieure du

voile et donnent naissance, soit à des perforations, soit à ces adhérences du voile du palais au pharynx étudiées par Julius Paul (de Breslau), et dont nous avons déjà parlé à propos des maladies de la cavité naso-pharyngienne.

Les ulcérations scrofuleuses se rencontrent surtout chez les femmes et chez les enfants. Débutant généralement par la paroi postérieure du pharynx, elles envahissent secondairement le voile du palais. Elles sont peu douloureuses, à bords serpigneux, à fond jaunâtre, recouvert de bourgeons charnus pâles et volumineux. On observe aussi sur le voile du palais des ulcérations tuberculeuses qui coïncident presque toujours avec des ulcérations de même nature siégeant sur d'autres points de la cavité bucco-pharyngienne, avec des manifestations pulmonaires. Les ulcérations grisâtres, superficielles, sont entourées de petits points jaunâtres, qui représentent des tubercules caséux. Ce dernier caractère permet de reconnaître les ulcérations tuberculeuses.

Quant aux ulcérations scrofuleuses, elles se distinguent de celles qui appartiennent à la syphilis par leur indolence, l'irrégularité de leur forme, la présence sur leur fond de bourgeons charnus grisâtres et volumineux.

Les ulcérations syphilitiques sont douloureuses, elles ont une forme arrondie, des bords déchiquetés et taillés à pic ; leur fond est jaunâtre, d'apparence bourbillonneuse.

### III

#### NÉOPLASMES OU TUMEURS

Bien que rares, les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais ne laissent pas que d'être assez nombreuses.

**a. Anévrysmes.** — On a vu des tumeurs anévrysmales développées sur le trajet de l'artère palatine postérieure. Un de ces cas appartient à Teirling, l'autre à Gross (de Philadelphie). La guérison fut obtenue, dans le premier cas, par la cautérisation au fer rouge ; dans le second, par l'ouverture de la tumeur et la ligature des deux bouts du vaisseau, d'après la méthode ancienne. L'article PALAIS du *Dictionnaire encyclopédique* cite un troisième fait observé récem-

ment par le professeur Dubreuil (de Montpellier), et où la guérison fut obtenue par l'injection de perchlorure de fer.

**b. Angiomes.** — A part un cas de tumeur érectile de la luette observé par Blum à l'hôpital Beaujon, toutes ces tumeurs ont été vues à la voûte palatine. Fano, dans sa thèse de concours en 1857, en a réuni 8 exemples.

Parfois assez volumineuses pour remplir complètement la cavité buccale, ces tumeurs présentent généralement une coloration violacée, et des veines dilatées à leur surface. Elles ont pu donner lieu à une fluctuation manifeste qui les a fait prendre pour des abcès. Le traitement qui leur convient le mieux, c'est la destruction par la cautérisation au moyen du fer rouge ou du thermocautère ou encore la galvanopuncture, en cas d'angiomes profonds et très volumineux.

**c. Polypes muqueux.** — On observe, soit sur le bord libre du voile du palais, soit sur la luette, des polypes muqueux qui, venant irriter la base de la langue et l'isthme du gosier, peuvent déterminer des nausées et des accès de suffocation, par le même mécanisme que le prolongement hypertrophique de la luette, et nécessitent l'extirpation.

**d. Kystes.** — Ils sont très rares. Saucerotte (de Lunéville) a publié le cas d'un kyste séreux ayant le volume de la moitié d'un œuf de pigeon qui fut traité et guéri par la ponction suivie d'une injection iodée. Legroux a fait connaître un cas de kyste dermoïde opéré par A. Richard.

**e. Adénomes.** — Ces tumeurs sont des plus intéressantes parmi celles du palais. Elles sont dues à l'hypertrophie des éléments glandulaires nombreux de la région. Déjà étudiées par Nélaton en 1847, puis en 1851, elles furent signalées en 1852 par Michon à la Société de chirurgie. Depuis lors elles ont été l'objet de travaux de Parmentier, de Rouyer et de Letenneur. Leur siège habituel est la face inférieure du voile du palais. Plus rarement on les rencontre à la voûte palatine.

Pendant longtemps, ces tumeurs ont été regardées comme de simples hypertrophies glandulaires. Mais les recherches modernes, en particulier, celles de Coyne, de Malassez, de Hoffmann, de Larabrie, permettent de considérer ces tumeurs, non comme des adénomes purs, mais bien comme des tumeurs mixtes, présentant

dans leur intérieur plusieurs éléments anatomiques associés, d'où les fibro-adénomes, adéno-chondromes, adéno-sarcomes. C'est là une disposition anatomique que nous retrouverons en parlant des tumeurs de la glande parotide. Un caractère de ces adénomes, c'est de ne jamais occuper primitivement la ligne médiane; ils se développent toujours sur l'une des parties latérales du palais; plus tard, à la vérité, ils peuvent atteindre et même dépasser la ligne médiane. Leur volume est variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule et au delà. Leur développement est lent et indolent. Lorsqu'elles atteignent de grandes dimensions, ces tumeurs peuvent occasionner des troubles considérables de la déglutition et de la respiration; elles peuvent même provoquer de véritables accès de suffocation. Elles déterminent, en outre, du nasonnement de la voix.

Les adénomes du palais constituent des tumeurs arrondies, bosselées, toujours indolentes, même à la pression. Elles présentent cette même surface granitée dont nous avons parlé à propos des adénomes des lèvres. Leur consistance est uniformément dure; nulle part il n'y a de fluctuation. Jamais on n'observe d'ulcération, ni d'engorgement ganglionnaire.

Le pronostic est bénin, en général. Toutefois les recherches modernes, en démontrant, dans un très grand nombre de cas la structure mixte de ces tumeurs, permettent de comprendre les faits dans lesquels l'évolution a été celle des tumeurs malignes, vu l'association à l'adénome, du sarcome ou de l'épithélioma. L'extirpation est nécessaire, pour éviter les graves accidents tenant à l'augmentation incessante de volume de ces tumeurs. L'opération est loin d'ailleurs de présenter les difficultés qu'on redoutait avant qu'on connût bien l'anatomie pathologique de ces tumeurs. En effet, il n'est nullement nécessaire de les disséquer péniblement dans l'épaisseur du palais. Un des caractères les plus essentiels de ces néoplasmes, c'est d'être exactement enkystés, et de n'adhérer nulle part à la muqueuse voisine. Il suffit de pratiquer sur cette muqueuse une incision assez large; la tumeur vient d'elle-même se montrer entre les lèvres de la plaie; on la saisit avec des ériges, tandis qu'avec une spatule ou tout autre instrument moussé, on décolle les différents points de sa périphérie.

*f. Fibromes.* — Les fibromes du palais sont fort rares; peut-être

faut-il ranger dans cette classe un fait rapporté par Élie Politis; encore, dans ce cas, la présence des points ossifiés doit-elle plutôt faire ranger la tumeur parmi les ostéo-chondromes. Un fait beaucoup plus net a été publié par Panas qui, trois ans après l'opération, présentait le malade guéri à la Société de chirurgie. Un cas plus récent opéré par Desgranges (de Lyon) a été rapporté par M. Sabatier dans le *Lyon médical* en 1878.

*g. Myxomes.* — Comme les fibromes, ces tumeurs sont fort rares dans le palais. Bien qu'on cite comme tel un cas rapporté par Bryant, il est beaucoup plus probable qu'il s'agissait d'une tumeur maligne; car, malgré l'extirpation et la cautérisation avec l'acide nitrique, la lésion récidiva, les ganglions s'engorgèrent, et le malade succomba un an après le début de l'apparition de la tumeur. Il n'en est pas de même de deux faits appartenant au service de M. Verneuil et à celui de M. Gosselin, et dans lesquels la nature myxomateuse de la tumeur fut confirmée par l'examen histologique.

*h. Lipomes.* — Dans les cas de myxomes observés, l'élément graisseux entre pour une large part dans la constitution de la tumeur; ce sont donc des myxomes lipomateux. Mais on a vu aussi dans l'épaisseur du palais de véritables lipomes. Dans une thèse sur les tumeurs du palais, M. Ott (1880) en rapporte deux exemples, dont l'un, appartenant à M. Richet, occupait le voile du palais; l'autre, publié par M. Cartaz, siégeait dans la voûte palatine.

*i. Enchondromes.* — Comme les tumeurs précédentes, les enchondromes de la voûte palatine sont rares. Une observation des plus intéressantes en a été fournie par M. Trélat à la Société de chirurgie. La tumeur s'était développée, depuis un an, chez un jeune homme de dix-neuf ans. Elle occupait la moitié droite du voile du palais; sa consistance était dure, presque ligneuse. La tumeur put être énucléée facilement; l'examen pratiqué par M. Malassez démontra qu'il s'agissait d'un enchondrome développé, non aux dépens des os voisins, mais dans l'intérieur d'une glandule salivaire du palais, ainsi que le démontrait la présence dans son intérieur d'éléments épithélioaux. C'était donc un adéno-chondrome.

*j. Ostéomes.* — Chassaignac a insisté sur les exostoses qui se montrent sur la voûte palatine. Pour lui, les exostoses médio-palatines seraient constantes chez les syphilitiques au début de la période tertiaire. Mais il y a certainement là une exagération, car on peut

observer de semblables exostoses, constituant un simple vice de conformation, chez des sujets qui ne sont nullement syphilitiques.

**k. Sarcomes.** — Déjà nous avons signalé le cas d'adéno-sarcome provenant du service de Desprès et étudié par Coyne. Des cas semblables ont été recueillis dans les hôpitaux de Lyon par MM. Tédénat et Vincent. Dans ce dernier fait, la récurrence fut extrêmement rapide.

Les symptômes de ces tumeurs les rapprochent beaucoup des adénomes ou des fibromes. C'est seulement la rapidité de leur évolution et la présence d'engorgement ganglionnaire qui permettraient de les en distinguer.

**l. Épithéliomas.** — Les tumeurs épithéliales ne sont point rares au palais, mais tantôt elles ne sont que la propagation d'une tumeur de voisinage, tantôt elles s'y développent primitivement. M. Brissaud a publié un cas d'épithélioma tubulé primitif de la voûte palatine, survenu à la suite d'un psoriasis buccal. La tumeur se développe, soit au niveau de la voûte palatine osseuse, soit dans l'épaisseur du voile du palais. Sa mollesse, l'absence de petites saillies granuleuses, son adhérence intime avec les parties voisines, la distinguent de l'adénome. Le développement de l'épithélioma s'accompagne de douleurs très violentes; bientôt surviennent l'ulcération de la tumeur et l'engorgement des ganglions.

Le pronostic habituellement si grave de l'épithélioma s'aggrave encore, dans ce cas particulier, de la gêne apportée à l'alimentation. Le traitement ne comporte pas d'autres moyens que l'ablation très large et rapide de la tumeur, en s'ouvrant au besoin une voie par une opération préliminaire.

**m. Calculs et corps étrangers.** — Des néoplasmes du palais nous rapprocherons les calculs et les corps étrangers qu'on peut trouver dans l'épaisseur de cet organe.

Dans les plaies par armes à feu, des balles, des fragments de projectiles peuvent rester inclus dans l'épaisseur du palais. Dans les simples piqûres du palais pendant la déglutition, des arêtes de poisson, des fragments d'os peuvent rester implantés dans son épaisseur.

Mais, à côté de ces corps étrangers venus du dehors, il faut signaler les calculs qui se développent dans l'épaisseur du palais. Velpeau cite, d'après Krüger, l'observation d'un homme chez lequel survint une inflammation du palais; l'ouverture spontanée se produisit et donna issue à une pierre assez grosse, de couleur cendrée et assez

opaque. Dans 2 cas publiés par Anselmier, les concrétions calculeuses étaient multiples.

Enfin une dernière classe de corps étrangers est représentée par les tumeurs dues à l'hétérotopie d'un follicule dentaire. Dans une communication sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine, faite à la Société de chirurgie en 1884, M. Magitot insiste particulièrement sur cette variété de tumeurs dont il rapporte deux exemples. Jourdain a déjà fait connaître des cas semblables. C'est assez souvent la dent canine qui présente cette hétérotopie palatine. Du reste, cette anomalie comprend deux ordres de faits. Dans les premiers, il s'agit purement et simplement de l'éruption d'une dent se faisant anormalement en un point quelconque de la voûte palatine. Dans le second ordre de faits, le follicule dentaire en hétérotopie devient le siège d'un kyste folliculaire qui peut persister pendant longtemps, puis s'enflammer, donner naissance à des accidents divers, jusqu'à ce qu'il s'ouvre et qu'on trouve dans son intérieur la couronne d'une dent.

Il faudra donc toujours, dans le diagnostic des tumeurs palatines, tenir compte de l'état du système dentaire. L'âge auquel a débuté la tumeur, sa marche lente, la présence de quelque anomalie de l'arcade dentaire, pourront mettre sur la voie du diagnostic.

## IV

## VICES DE CONFORMATION

Déjà, à propos des maladies des fosses nasales, nous avons signalé cette conformation particulière de la voûte palatine dans laquelle la concavité normale formée par cette voûte osseuse est exagérée. Il en résulte une diminution de hauteur des fosses nasales. C'est à ce vice de conformation que les auteurs anglais ont donné le nom de *V. shaped maxilla*.

Nous avons également mentionné à plusieurs reprises l'adhérence anormale du voile du palais au pharynx, étudiée par Julius Paul (de Breslau). Enfin on peut observer l'absence complète de la luette et du voile du palais. La luette peut être détruite par un traumatisme ou par un travail ulcérateur; à part une légère gêne de la prononciation, son absence n'entraîne pas d'inconvénients sérieux. Il n'en est

pas de même de la destruction totale du voile du palais qui provoque une infirmité grave et trouble les fonctions de la déglutition, de la phonation, du goût et de l'odorat. Toute opération chirurgicale est impuissante à remédier à une pareille infirmité et l'on est obligé de se contenter d'un appareil prothétique. La même infirmité peut être congénitale. Ancelot a observé un cas dans lequel il y avait une absence congénitale complète de la luvette et du voile du palais.

Nous contentant de signaler les difformités précédentes, nous insisterons seulement ici sur les perforations et les divisions plus ou moins complètes du palais.

#### PERFORATIONS ET DIVISIONS DU PALAIS

Parmi les nombreux travaux publiés sur ce sujet, nous citerons un très important mémoire de Baizeau, inséré dans les *Archives de médecine* de 1861; un travail de Rouge (de Lausanne) sur l'*urano-plastie*; deux thèses, dont l'une de Bedel (1872) est consacrée aux perforations traumatiques de la voûte palatine; tandis que l'autre, celle de M. Chrétien (1875), traite des fissures congénitales du palais. Par une longue suite de travaux sur ce sujet, le professeur Trélat a contribué pour une large part aux progrès de la chirurgie dans le traitement de cette infirmité. Dans un mémoire publié en 1889, M. Ehrmann (de Mulhouse) a fait connaître les faits nombreux de sa pratique et contribué à fixer la valeur fonctionnelle des opérations autoplastiques.

**Division.** — Les perforations du palais se divisent naturellement en deux grands groupes, suivant qu'elles sont accidentelles ou d'origine congénitale.

**A. Perforations accidentelles.** — Les perforations accidentelles du palais sont d'origines diverses. Elles portent, soit sur le voile du palais, soit sur la voûte palatine osseuse. Elles peuvent être divisées, d'après leur cause, en trois grands groupes : les perforations traumatiques, pathologiques et opératoires.

Les perforations traumatiques résultent rarement de plaies par instruments piquants et tranchants; beaucoup plus souvent, elles succèdent, comme nous l'avons déjà dit, aux plaies par instruments contondants, et surtout aux plaies par armes à feu. De pareilles perforations ne sont pas rares dans les cas où la muqueuse a été

largement dilacérée, où de nombreuses esquilles de la voûte palatine ont été enlevées. Quant aux perforations pathologiques, elles succèdent à la carie et à la nécrose de la voûte palatine osseuse, à la destruction par ulcération du voile du palais. De pareilles lésions sont le plus souvent la conséquence de la scrofule, et surtout de la syphilis. Elles peuvent également résulter de la perforation du palais par des tumeurs développées, soit dans le sinus maxillaire, soit dans les fosses nasales. Comme cas exceptionnel, mentionnons l'observation qui a été rapportée, en 1869, par M. Trélat à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'une petite fille de trois semaines, chez laquelle la partie médiane et antérieure du voile était mince, tendue, blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Derrière le bord de la voûte osseuse, se voyait une fente de la grosseur d'un grain d'avoine; cette fente n'existait pas à la naissance. Elle s'était produite le quatrième jour sous la forme d'un petit trou, gros comme une tête d'épingle, qui s'était peu à peu agrandi jusqu'à l'âge de trois semaines, où l'enfant fut observée. Enfin les perforations opératoires sont celles que le chirurgien crée, dans les procédés de Manne et de Nélaton, pour livrer passage à des tumeurs et surtout à des polypes naso-pharyngiens. Ces diverses variétés de perforations accidentelles diffèrent, à beaucoup d'égards, des perforations congénitales. Elles peuvent siéger, soit au voile du palais, soit à la voûte palatine, et quelquefois elles occupent simultanément ces deux régions. Elles ne présentent dans leur siège, dans leur nombre et dans leur forme, aucune régularité. Il en est de fort larges, d'autres sont petites; les unes sont médianes, les autres latérales. Mais le point le plus important de leur histoire, c'est celui qui a trait à la conformation de leurs bords. Tandis, en effet, que les perforations congénitales présentent des bords épais, charnus, mobiles, les perforations accidentelles, au contraire, ont des bords minces, cicatriciels, adhérents aux os, qui sont loin de présenter les mêmes ressources pour la réparation.

**B. Divisions congénitales.** — Après ce que nous avons dit du bec-de-lièvre et de sa pathogénie, il n'est pas nécessaire d'insister longtemps sur le mode de production des divisions congénitales du palais. On comprend que les deux bourgeons qui vont à la rencontre l'un de l'autre, pour former par leur accollement sur la ligne médiane la voûte et le voile du palais, n'arrivant pas à se rejoindre, il en

résulte une fente persistante. De plus, les os incisifs restant séparés de chaque côté des maxillaires supérieurs, ou les deux moitiés d'un même os incisif restant isolées, d'après la théorie d'Albrecht, sur cette fente médiane viennent aboutir deux fissures alvéolaires, et le tout coïncidant avec un bec-de-lièvre double, constitue la difformité connue sous le nom de gueule-de-loup. Mais c'est là le plus haut degré du vice de conformation, représentant la fissure médiane complète et bilatérale. Il est, à côté d'elle, bien des degrés moindres à signaler.

Au voile du palais, la division peut se borner à la bifidité de la luette; dans d'autres cas, elle comprend le quart ou le tiers postérieur du voile du palais; enfin, dans les cas extrêmes, la division occupe toute la longueur de ce voile membraneux. La fente est toujours médiane. Le voile est formé de deux parties séparées par un intervalle affectant la forme d'un V dont la pointe est tournée en avant. Cette forme résulte de la rétraction subie par les deux moitiés du voile, écartées l'une de l'autre. Mais il y a, sous ce rapport, des degrés; dans certains cas, en effet, l'écartement est faible, et sous l'influence des mouvements de déglutition, les deux moitiés du voile peuvent arriver au contact et combler la fente. Dans d'autres cas, ce rapprochement reste toujours incomplet; enfin, chez certains malades, l'arrêt de développement est encore plus prononcé. Le voile du palais n'est plus représenté que par deux minces cordons, accolés à la paroi pharyngienne, et restant toujours séparés par une large fente. Ces diverses particularités ont la plus grande importance au point de vue du traitement.

A la voûte palatine, les fissures peuvent être également complètes ou incomplètes. De plus, elles sont unilatérales, bilatérales ou médianes. La fissure unilatérale siège le plus souvent à gauche, comme le bec-de-lièvre; elle commence, soit entre l'incisive externe et la canine, soit entre les deux incisives, se dirige obliquement en arrière et en dedans jusqu'au trou palatin antérieur; à partir de là, elle chemine parallèlement à la ligne médiane jusqu'au bord postérieur de la voûte, et se prolonge en arrière sur le voile. Cette fissure unilatérale peut rester incomplète; elle s'arrête alors au trou palatin antérieur, ou s'étend jusque près du bord postérieur de la voûte, sans empiéter sur le voile. C'est là ce qu'on appelle la variété antérieure. Dans la variété postérieure, il y a au contraire division du

voile du palais et de la voûte palatine, s'avancant plus ou moins près du bord alvéolaire, mais sans l'atteindre.

Les fissures bilatérales, commençant en avant par une double fissure siégeant entre l'incisive latérale et la canine, et coïncidant avec le bec-de-lièvre double, peuvent également être complètes ou incomplètes, suivant qu'elles se prolongent sur toute la hauteur de la voûte palatine et du voile, ou qu'elles s'arrêtent à une certaine distance du bord postérieur de la voûte palatine osseuse. Enfin les fissures médianes, excessivement rares, sont celles qui commencent entre les deux incisives moyennes en avant, et qui se prolongent jusqu'au trou palatin antérieur; elles trouvent leur explication dans la bifidité du lobule médian ou incisif.

Un point qui mérite d'attirer l'attention dans l'étude des fissures palatines, c'est l'état du vomer qui se recourbe, au niveau de son bord inférieur, et s'étale pour combler en partie la perte de substance. Cette disposition a été signalée par Gratiolet; nous verrons quel parti en a tiré M. Lannelongue pour l'opération. De plus, la muqueuse qui revêt la cloison est manifestement épaissie.

**Symptômes.** — La nutrition est gravement compromise chez les enfants par l'obstacle apporté à la succion. Toutefois les fissures étroites et surtout incomplètes de la variété postérieure n'entraînent pas nécessairement la succion. Il en est de même de la division du voile du palais. Plus tard, les fissures palatines mettent obstacle à la déglutition, à la mastication, à la phonation et à l'olfaction. Souvent les aliments liquides et solides reviennent par la bouche; les malades sont dans l'impossibilité de siffler ou de souffler; la voix est fortement nasonnée, quelquefois même tout à fait inintelligible.

**Pronostic.** — Il existe des faits parfaitement authentiques dans lesquels l'existence d'une cicatrice apparente à la naissance démontrait d'une manière certaine la guérison d'une perforation congénitale, pendant la vie intra-utérine. Mais, après la naissance, la guérison spontanée ne s'observe guère. Cependant Passavant a rapporté un fait de cette nature. M. Trélat a vu un homme de quarante-trois ans qui, jusqu'à l'âge de douze ans, avait présenté une perforation du voile. A ce moment, la division disparut en donnant naissance à une cicatrice. Mais de tels faits sont exceptionnels; d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale.

**Traitement.** — Il est palliatif ou curatif.

**a. Traitement palliatif.** — Il consiste dans l'emploi des obturateurs et des voiles du palais artificiels pour combler la perte de substance. On divise généralement, avec les auteurs du *Compendium*, les obturateurs en deux groupes, suivant qu'ils sont fabriqués par le malade lui-même, ou qu'ils sont dus aux fabricants d'appareils. Les obturateurs imaginés par les malades sont composés de mie de pain, d'éponge, de cire, de liège. Ils ne conviennent qu'aux perforations de très petites dimensions. Les obturateurs proprement dits sont très nombreux; ils ont été divisés par Sédillot en quatre classes : 1° les obturateurs à ailes, formés d'une plaque palatine, surmontée d'un pivot et de deux ailes qui s'abaissent au moyen d'une vis sur le plancher des fosses nasales, de manière à maintenir en place l'appareil; 2° les obturateurs à verrous, dans lesquels les plaques sont remplacées par un verrou qu'on fait mouvoir sur le plancher des fosses nasales; 3° les obturateurs à chapeau (Sédillot), dans lesquels la plaque palatine est surmontée par un cylindre creux qui pénètre dans la perte de substance, dont il mesure exactement la largeur. Tous ces obturateurs ont pour inconvénient d'avoir une partie de l'appareil pénétrant dans la perforation, et empêchant sa cicatrisation; 4° les obturateurs à plaques échappent à cet inconvénient. Ils consistent en une large plaque qui obture la perforation en la recouvrant et sans y pénétrer.

**b. Traitement curatif.** — On a pensé qu'il suffisait d'opérer le bec-de-lièvre ou la fente palatine par la staphylorrhaphie pour voir les lèvres de la fissure palatine se rapprocher et se souder entre elles. Il y a certainement là une grande exagération; car Chrétien, qui rapporte dans sa thèse ses recherches à cet égard, n'a trouvé que deux faits dans lesquels ce résultat ait été obtenu. Déjà cependant nous avons dit que, si l'opération du bec-de-lièvre ne doit pas par elle-même être trop compliquée, l'existence d'une fissure palatine est une raison pour ne pas trop différer cette opération, qui peut avoir un heureux résultat sur le rapprochement des lèvres de la fente palatine osseuse. On peut en dire autant de la compression exercée sur les maxillaires au moyen des appareils, telle qu'elle a été conseillée par Levret, Autenrieth et Dupuytren. Elle peut amener une amélioration, mais bien rarement une guérison complète. Il est donc nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Deux méthodes ont été employées : la cautérisation et l'autoplastie.

Mais la cautérisation n'a que des indications très limitées. Elle ne peut être appliquée que dans les cas de perforations étroites; pour la rendre plus efficace, Baizeau conseille de détacher en même temps les parties molles dans une certaine étendue autour de la perforation, de manière à favoriser leur rapprochement. Au voile du palais, J. Cloquet a conseillé aussi la cautérisation des petites perforations; on espère, par plusieurs cautérisations successives, obtenir la guérison par le mécanisme de la cicatrisation des plaies angulaires; la rétraction cicatricielle diminuant à chaque cautérisation nouvelle la longueur de la solution de continuité. Mais cette méthode ne s'applique qu'aux divisions peu étendues, et plus particulièrement aux divisions pathologiques. Dans l'immense majorité des cas, c'est à l'autoplastie qu'il faut avoir recours. A la voûte palatine, elle porte le nom d'uranoplastie; au voile du palais, elle constitue la staphylorrhaphie.

**1° Uranoplastie.** — Elle consiste à former aux dépens des parties molles de la voûte palatine des lambeaux qui sont appliqués au-devant de la solution de continuité, de manière à l'obturer, et maintenus en place par la suture. Elle comprend un grand nombre de procédés, qui ont été divisés en trois groupes :

**a. Procédés par glissement.** — Ils consistent à décoller la muqueuse de chaque côté de la division, puis à réunir ses bords par la suture, après avivement. Roux et Sédillot mirent successivement en usage ce procédé, mais ils échouèrent. Langenbeck y apporta une modification importante, en comprenant dans les lambeaux le périoste de la voûte palatine, et en prolongeant le décollement jusqu'aux arcades alvéolaires. Il obtint par ce procédé un succès complet.

**b. Procédés par renversement.** — Dans ce procédé, on taille sur les bords de la fente palatine un ou plusieurs lambeaux qu'on décolle par leur face profonde, puis qu'on renverse sur eux-mêmes de façon à tourner leur face muqueuse vers les fosses nasales, leur surface cruentée vers la bouche. Ce procédé comprend un très grand nombre de variétés sur lesquelles nous n'insisterons pas ici, et qu'on trouvera d'ailleurs exposées dans les mémoires de Baizeau et de Chrétien.

**c. Procédés par déplacement latéral.** — Ils consistent à tailler des lambeaux qui ne sont plus seulement amenés au-devant de la fente par glissement, comme dans le premier procédé, mais qui sont rendus suffisamment mobiles pour pouvoir être facilement déplacés