

Ces abcès sont caractérisés par un gonflement considérable, soit dans un des côtés du *voile du palais*, soit dans un de ses piliers, avec douleur vive et difficulté pour écarter les mâchoires. Les organes qui circonscrivent supérieurement l'isthme du gosier sont déformés; quelquefois le bord inférieur du voile du palais devient convexe, la luette change de direction. Au bout de quelques jours, ces symptômes décroissent d'intensité; on voit apparaître sur la tumeur un point plus saillant qui finit par se rompre dans un effort exécuté par le malade pour détacher des mucosités; par cette ouverture s'échappe généralement une grande quantité de pus qui est expulsé par la bouche et qui a souvent une odeur fétide. L'abcès une fois ouvert, les parois s'en rapprochent et se réunissent avec grande facilité.

L'abcès phlegmoneux se reconnaît à l'intensité du gonflement et à sa circonscription; à la déformation du voile du palais et au changement de direction de la luette, conséquences de la tuméfaction; à l'existence de la douleur vive et persistante; à une sensation d'élasticité et de mollesse perçue en déprimant la tumeur avec la pulpe de l'indicateur porté au fond de la bouche.

Ces abcès doivent être ouverts, en plongeant directement, d'avant en arrière, dans la tumeur, un bistouri à lame droite, garnie d'une bandelette de linge ou de sparadrap de diachylon gommé jusqu'à 2 centimètres de la pointe.

2° ABCÈS SYMPTOMATIQUES. Ils succèdent, dans le plus grand nombre des cas à une lésion de l'appareil dentaire. Une ostéite, une carie, une nécrose, envahissant primitivement la voûte palatine, peuvent en être le point de départ. On les observe encore chez les malades atteints de nécrose phosphorée (voy. p. 347).

Les abcès symptomatiques d'une lésion des dents, que nous appellerons *abcès dentaires*, ont été signalés spécialement par Jourdain, Oudet, Toirac. La situation en est variable: on les rencontre au niveau des parties antérieures, postérieures ou latérales de la région, suivant que leur développement se rattache à une maladie des dents incisives, des grosses ou des petites molaires. Ils sont presque toujours la conséquence de fluxions dentaires occasionnées par l'ablation d'une dent, par des dents cariées, par le plombage de dents creusées par la carie, ou bien encore par l'introduction d'un pivot dans le canal dentaire, pour fixer une dent artificielle. Au début, il se manifeste une douleur vague au niveau de la dent qui est le point de départ de la maladie. Lorsque le patient rapproche les mâchoires, la dent douloureuse semble plus longue que dans l'état normal; cette sensation n'est pas illusoire, elle est réelle et dépend de ce que la dent est chassée par le gonflement du périoste alvéolo-dentaire. Bientôt la dent devient légèrement branlante; la gencive avoisinante est douloureuse et se tuméfie. Cette tuméfaction se propage bientôt au palais et y produit une tumeur dure, sans fluctuation appréciable d'abord; la tumeur ne tarde pas à se ramollir et à présenter les caractères d'un véritable foyer purulent.

Ces abcès n'ont pas toujours le même volume; Jourdain en signale un

de la grosseur d'un œuf de pigeon, un autre dans lequel l'abcès était étendu depuis l'arcade dentaire jusqu'à la partie la plus reculée du palais.

La marche en est variable; d'après Oudet, les phénomènes inflammatoires en sont peu prononcés; la tumeur peut acquérir un très-grand volume et persister ainsi pendant plusieurs mois. D'après Toirac, la maladie marche avec lenteur, surtout chez les sujets lymphatiques, et on voit quelquefois des abcès circonscrits de la voûte palatine disparaître complètement. La plupart du temps, ces sortes d'abcès s'ouvrent spontanément, et cette ouverture permet de reconnaître une dénudation plus ou moins étendue du tissu osseux. Tantôt cette dénudation n'entraîne aucune conséquence fâcheuse; d'autres fois, elle est suivie d'une nécrose plus ou moins étendue de la voûte palatine. Enfin on a vu quelquefois des abcès de la voûte palatine s'ouvrir dans les fosses nasales (Toirac).

Les abcès dentaires de la voûte palatine doivent être ouverts de bonne heure, soit avec l'instrument tranchant, soit avec un petit cautère droit ou recourbé, chauffé à blanc. Ce dernier procédé a l'avantage de prévenir des hémorragies parfois très-rebelles, et d'empêcher une agglutination immédiate des lèvres de la plaie. Lorsque l'abcès ne se cicatrise pas et dégénère en fistule, celle-ci se couvre parfois de fongosités qu'il est nécessaire de réprimer par la pierre infernale. Si la fistule est entretenue par une lésion osseuse locale, il faut traiter celle-ci par les moyens appropriés. Enlever la dent ou les dents malades est la première indication pour guérir l'affection.

## CHAPITRE V.

### TUMEURS DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Ces tumeurs se divisent en *benignes* et *malignes*; aux premières se rattachent les adénomes, les productions fibreuses, les tumeurs syphilitiques de divers genres, les tumeurs sanguines, les kystes, les exostoses et les enchondrômes. Les secondes comprennent le cancer de la région du palais.

#### 1° TUMEURS ADÉNOÏDES.

Elles ont été désignées par quelques auteurs sous le nom de *tumeurs fibreuses*, *hypertrophie des glandules salivaires palatines*, *tumeurs squirrheuses*. Bien que ce genre de tumeurs ait été signalé par Boyer, Velpeau et Warren, c'est seulement de notre époque que les travaux des micrographes ont fait connaître la véritable nature de l'affection.

**Causes.** Ces tumeurs ont été observées sur des sujets depuis l'âge de quinze ans jusqu'à soixante, à peu près aussi souvent sur l'homme que sur la femme, sur des individus de forte constitution et de constitution faible. On ne trouve de cause *occasionnelle* de la maladie signalée nulle part.

**Symptômes.** Le siège de la tumeur varie : le plus souvent, c'est le voile du palais, rarement la voûte palatine seule, plus fréquemment la voûte palatine et le voile du palais à la fois. Dans quelques cas, la tumeur occupe l'une des deux moitiés du voile du palais, la moitié gauche plus souvent que la moitié droite. Le *volume* varie depuis une noix muscade jusqu'à un œuf de poule. La tumeur est bien circonscrite de toutes parts, le plus souvent mobile, dans quelques cas adhérente à l'os du palais; d'une consistance ferme, élastique, quelquefois un peu molle au centre; la surface en est lisse ou légèrement bosselée. Dans quelques cas, elle donne au toucher une sensation analogue aux tumeurs adénoïdes de la mamelle. La muqueuse qui la recouvre *glisse* parfaitement sur elle, ce qui permet de pincer cette membrane et d'y déterminer des rides; elle ne présente aucune altération de couleur, parfois une teinte violacée ou une veine variqueuse; le plus souvent elle est pâle, sans ulcération. On voit qu'un des caractères les plus importants des adénomes du palais est de ne contracter aucune adhérence avec les tissus environnants, de *s'enkyster*. Ces tumeurs sont tout à fait *indolentes*, et ne s'accompagnent à aucune époque de leur développement d'un engorgement des ganglions lymphatiques. Elles déterminent sur les organes avec lesquels elles sont en rapport des effets variés : en général le voile du palais est refoulé en haut, la luette déviée, l'isthme du gosier plus ou moins rétréci. Presque tous les sujets accusent des troubles fonctionnels plus ou moins intenses. Le plus souvent le timbre de la voix est modifié, les sujets *nasillent*, la déglutition est gênée; parfois, au moment où cet acte s'accomplit, il y a reflux des liquides par les fosses nasales. Chez quelques sujets, il y a de la dyspnée ou des accès de suffocation; d'autres fois la respiration est normale. On a noté, dans quelques cas, des envies de vomir, un crachotement continu de salive.

**Marche. Terminaisons.** La tumeur se développe généralement avec une grande lenteur, et les malades en sont parfois si peu incommodés pendant plusieurs années, qu'ils ne s'en occupent pas. Ils sont avertis de l'existence de l'affection par les troubles fonctionnels qu'elle détermine, après avoir pris certaines proportions. En général aussi, la tumeur, après avoir procédé avec une grande lenteur dans sa formation, prend un accroissement rapide au bout d'une certaine période. On cite des cas où la tumeur a existé pendant dix, douze, quinze et même vingt ans. Ces tumeurs ne se terminent jamais ou presque jamais par ulcération, à moins qu'on ne les irrite par des applications de caustiques.

**Anatomie pathologique.** Les tumeurs glandulaires de la région palatine présentent des caractères analogues à ceux des adénomes de la mamelle. Elles sont toujours enveloppées d'un kyste; divisées en plusieurs lobes qui sont séparés les uns des autres par des tractus cellulo-fibreux. La coupe de la tumeur présente une coloration jaune-grisâtre ou d'un gris clair; elle offre l'apparence du tissu des glandes salivaires. Par la pression, on en fait sourdre un liquide blanchâtre peu abondant, et en plusieurs points une matière molle, d'apparence caséuse. Ces tumeurs ne reçoivent qu'un très-petit nombre de vaisseaux, soit à la surface, soit dans la profondeur. Robin et Rouyer ont

trouvé leur tissu propre formé des éléments suivants : 1° des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés très-nombreux; 2° de l'épithélium libre ou en plaques agrégées; 3° quelques-uns de ces noyaux entourés de leurs cellules; 4° quelques éléments fibro-plastiques et des tractus fibreux; 5° quelquefois de petits calculs formés de sels calcaires.

**Diagnostic.** C'est surtout avec les tumeurs cancéreuses qu'on peut confondre les adénomes du palais. Mais les tumeurs cancéreuses ont une marche plus rapide, une tendance essentiellement envahissante; elles sont douloureuses, s'ulcèrent et se compliquent, au bout d'un certain temps, d'un engorgement des ganglions lymphatiques du cou; la muqueuse qui les recouvre adhère rapidement à la masse morbide; la santé générale est compromise après un certain temps.

**Pronostic. Traitement.** Les adénomes du palais étant de nature *bénigne*, il existe entre ces productions morbides et les tumeurs *cancéreuses* une différence essentielle au point de vue de la possibilité d'une récidive. *L'extirpation* en est préférable à la ligature et à l'application de caustiques; elle s'exécute de la manière suivante : le malade étant convenablement placé (la position assise est préférable), on fait ouvrir largement la bouche et déprimer la langue par un aide. Avec un bistouri à lame longue, mais pourvue de tranchant dans une petite étendue, on pratique sur la face antéro-inférieure de la tumeur une incision proportionnée aux dimensions du produit morbide. En général, les lèvres de la plaie s'écartent assez pour que la tumeur se montre à découvert. On saisit la tumeur avec des ériges et on en pratique l'énucléation, soit avec une spatule, soit avec les doigts. Il y a peu à redouter des *accidents consécutifs* à l'opération : le seul qui ait été signalé est une *hémorragie* qu'on est parvenu à arrêter par de simples applications d'eau froide, de quelques boulettes de charpie imbibées d'une solution de perchlorure de fer; ou, dans les cas rebelles, par une cautérisation au fer rouge.

## 2° TUMEURS FIBREUSES.

Parmentier croit en avoir trouvé trois cas, dus à Botot, Anselin, Varner. Mais le fait de Varner est un exemple d'enchondrôme plutôt que de tumeur fibreuse. Celui d'Anselin me paraît un exemple de tumeur adénoïde, car il est dit que l'opérateur continua la dissection jusqu'à ce qu'il fût sûr d'avoir emporté la tumeur avec *tout son kyste*. Or nous avons vu précédemment que c'était un des caractères les plus constants des tumeurs adénoïdes de présenter cette forme enkystée. Reste donc l'observation de Botot, qui est intitulée : *Chancre à la voûte du palais, qui a dégénéré en tumeur squirrheuse et cancéreuse*. Il faut beaucoup de bonne volonté pour y voir un exemple de tumeur fibreuse.

## 3° TUMEURS SYPHILITIQUES.

On rencontre souvent chez les individus atteints d'une syphilis constitutionnelle des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. Parmi ces tumeurs, il en est qui se rattachent à la période des accidents secondaires;