

Les deux cas que je viens de citer sont les plus chirurgicaux. Je mentionnerai ce que Magitot a appelé la *forme rhumatismale* de cette névralgie, où la douleur tensive, fixe ou avec rémission, occupe toute la masse musculaire et subit, avec intensité, l'influence des mouvements. Il y a déjà longtemps, d'ailleurs, que Chomel a décrit le rhumatisme lingual (1).

A. Fournier, enfin, a signalé la névralgie linguale d'origine syphilitique.

VIII

VICES DE CONFORMATION

Les vices de conformation de la langue sont acquis ou congénitaux.

A. — VICES DE CONFORMATION ACQUIS

Quelques mots suffiront sur l'absence de la langue et sur l'ankyloglosse acquis.

1° Absence de la langue. — Quelques glossites gangréneuses ont pour résultat la destruction complète de la langue, et autrefois ce n'était pas très rare à la suite de la variole, du scorbut, etc. ; aujourd'hui, les faits de ce genre sont à peu près inconnus. Quelquefois, mais à titre d'exception, c'est par une ulcération que la langue se trouve rongée ; ainsi, dans un fait de Banon (2), où la nature de l'ulcération reste d'ailleurs mal déterminée.

La suppression traumatique a été autrefois un supplice, mais on ne coupait que la partie libre. L'extirpation chirurgicale est quelquefois complète.

Cette absence de la langue entraîne des conséquences fonctionnelles sur lesquelles il est inutile d'insister. J'ai déjà résumé les discussions anciennes sur la possibilité de parler sans langue.

Le traitement est nul, et c'est à titre de curiosité que je citerai l'observation d'Ambroise Paré où un jeune paysan, privé de la langue, réussissait à parler quand il tenait entre ses dents une écuelle.

2° Ankyloglosse. — On appelle ankyloglosse les adhérences vicieuses de la langue. Ces adhérences sont consécutives soit à des lésions traumatiques, soit à des lésions ulcéreuses. Traumatiques, elles proviennent de plaies, surtout de plaies par armes à feu, et principalement de suicides par coup de feu tiré dans la bouche ou sous le menton ; dans ce dernier cas, la lésion des parties molles se complique de délabrements graves du maxillaire inférieur et même, lorsque la symphyse est détruite, Sédillot considère l'ankyloglosse comme utile pour prévenir l'asphyxie par renversement de la langue en arrière. Dans un fait relaté par O. Weber, l'ankyloglosse reconnaissait pour cause des cautérisations répétées faites en allant porter le fer rouge dans l'arrière-gorge. Les adhérences inflammatoires, plus rares, sont consécutives aux diverses stomatites, à la gangrène partielle, etc.

(1) CHOMEL, *Leçons clin.*, Paris, 1837, t. II, p. 49 et 173.

(2) BANON, *Dublin quart. Journal of med. sc.*, 1864, t. XXXVIII, p. 186.

Les adhérences supérieures, de la face dorsale au palais, sont très exceptionnelles. Vansant (1) en a relaté un cas où la lésion était d'origine syphilitique. Les adhérences consécutives aux stomatites sont quelquefois latérales et unissent la langue aux gencives, exceptionnellement à la joue comme dans un fait de Bernard (de Moulins) (2). Les adhérences inférieures au plancher buccal sont la variété de beaucoup la plus fréquente ; elles sont totales ou partielles.

Stromeyer a prétendu que l'ankyloglosse n'avait que peu d'inconvénients fonctionnels. En réalité, il gêne notablement la phonation, la mastication, la déglutition.

Le traitement est très simple pour une adhérence solitaire et bien limitée : il suffit de l'exciser et de l'empêcher de se reproduire, ce pourquoi la suture de la plaie est ce qu'il y a de mieux. Mais pour les adhérences étendues, et plus encore pour l'ankyloglosse total, la thérapeutique devient difficile et les résultats aléatoires. Il est aisé de libérer la langue aux ciseaux, mais il est presque impossible d'empêcher la reproduction des adhérences.

B. — VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX

Les arrêts de développement ayant été déjà mentionnés (3), il me reste à décrire les ankyloglosses et le renversement de la langue en arrière.

Fournier (4) a parlé de faits obscurs de longueur exagérée de la langue, sur lesquels il est inutile d'insister.

1° Ankyloglosse. — Les adhérences congénitales de la langue sont divisées en latérales, supérieures et inférieures.

L'ankyloglosse latérale, jusqu'à nouvel ordre, est douteux.

Dans l'ankyloglosse supérieur, on cite des observations de Lapie (5), Bûsnel, Levret, où il y avait entre la langue et le palais de larges adhérences, faciles à décoller avec le manche d'une spatule : la nature exacte de ces faits reste obscure. Il y a un cas plus net de Diaz Illera (6), où existaient de véritables brides qu'il fallut sectionner ; cela provenait sans doute de lésions pathologiques, ulcéreuses, et non d'un vice de développement. J'ai observé un enfant chez lequel j'ai sectionné une adhérence médiane, fort épaisse, allant de la face dorsale au palais.

L'ankyloglosse inférieur semble bien relever d'un vice de développement ; on le divise en total et partiel.

Dans l'ankyloglosse total, la muqueuse passe directement du rebord gingival sur la langue : Levret, Franck, Bouisson, Duploup (7), Lucas Championnière, U. Trélat ont vu ainsi la langue tout entière incluse dans le plancher buccal. Chez un enfant observé par Sernin (8), une petite étendue de la pointe était libre. Cette malformation, fort rare, compromet gravement la succion, la déglu-

(1) VANSANT, *Med. News*, Philadelphie, 10 décembre 1894, t. II, p. 606.

(2) BERNARD, *Acad. de méd.*, Paris, 11 août 1825. *Rev. méd.*, 1825, t. IV, p. 161.

(3) Voy. *Absence*, p. 40 ; *Bifidité*, p. 25.

(4) FOURNIER, art. CAS RARES du *Dict. en 60 vol.*, Paris, 1815, p. 149.

(5) LAPIE, *Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. III, p. 16. Paris, 1857.

(6) DIAZ ILLERA, *Journal des conn. méd.*, Paris, 1887, p. 559.

(7) DUPOUY, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., t. IX, p. 457.

(8) SERVIN, *Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. V, p. 414. Paris, 1774.

tion, et dans le cas de Levret le passage des liquides dans l'arbre aérien causa des menaces d'asphyxie. Le traitement chirurgical s'impose donc : on a de bons résultats en disséquant aux ciseaux le plancher de la bouche d'où l'on extrait, pour ainsi dire, la langue.

Dans l'*ankyloglosse partiel* je citerai une observation de Maurrain⁽¹⁾, où la langue était fixée par deux brides, d'origine peut-être ulcéreuse. Mais le cas vulgaire est celui qui porte le nom de filet.

Le *filet* est dû à la trop grande brièveté ou à l'insertion trop antérieure du frein de la langue. Quand il est serré, il gêne la succion, plus tard la phonation; mais les personnes non médicales ont coutume d'accuser le filet pour tous les troubles de ce genre et de réclamer à tort l'opération. On n'opérera que lorsque l'on aura constaté par la vue et le toucher que le filet existe bien réellement.

Cette opération est d'une simplicité extrême. Il suffit de sectionner le frein d'un petit coup de ciseaux, que l'on élargit par refoulement avec l'ongle. Pour bien voir le frein, on peut soulever la langue sur le pavillon de la sonde cannelée, fendu par J.-L. Petit pour que le frein s'engage dans la fente : cette manœuvre est même inutile.

La section du filet est quelquefois suivie d'une hémorragie notable : non pas que l'on ait coupé la ranine, mais parce que l'enfant tette sa langue et favorise ainsi l'écoulement de sang. De là le conseil de J.-L. Petit, de donner immédiatement le sein pour éviter cette succion à vide. S'il y a tendance à l'hémorragie, il sera aisé de suturer la plaie, comme l'a préconisé Malgaigne. Chez un enfant hémophile observé par Ricken, l'hémorragie a été fatale. Reboul⁽²⁾ a publié tout récemment un autre cas mortel.

Une autre complication de cette opération est l'asphyxie par renversement en arrière de la langue, insuffisamment maintenue en avant : J.-L. Petit, Krukenberg, Hennig ont vu des enfants succomber de la sorte. Dès le début de l'asphyxie, il faut immédiatement ramener la langue en avant à l'aide d'un doigt introduit dans la gorge. Puis on surveillera attentivement l'enfant et on lui donnera le sein chaque fois qu'il commencera à sucer à vide, car c'est cette succion qui est dangereuse.

2^o **Renversement de la langue en arrière.** — Je viens de dire que ce renversement, grave par l'asphyxie qu'il entraîne, s'observe quelquefois après section du filet. Mais quelquefois aussi, et J.-L. Petit, Fairbairn, Hennig⁽³⁾ l'ont noté, l'accident a lieu sans qu'on ait touché au frein : on a alors incriminé une longueur exagérée de ce frein. Dans le cas de Fairbairn, il y avait arrêt de développement concomitant des maxillaires. Le sujet de Hennig n'était pas un nouveau-né, mais un enfant chez qui le renversement fut provoqué par les quintes de toux de la coqueluche.

Crosse, Ingals ont parlé de faits analogues chez l'adulte : ces observations sont douteuses.

⁽¹⁾ MAURRAIN, *Acad. roy. de chir.*, éd. in-4^e, t. V, p. 406. Paris, 1774.

⁽²⁾ REBOUL, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, d'après *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897, p. 786.

⁽³⁾ J.-L. PETIT, *Acad. roy. des sc.*, Paris, 1742, p. 247, et *Œuvres posthumes*, éd. Pigné, Paris, 1837, p. 859. — FAIRBAIRN, *Med. Times*, London, 1845, t. XII, p. 592. — HENNIG, *Jahrb. für Kinderheilkunde*, Leipzig, 1877, n. F., t. XI, p. 290. — JURIST, *Medical Record*, New-York, 1885, t. XXVIII, p. 559.

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA VOUTE PALATINE

La voûte palatine forme dans la cavité buccale une région bien distincte et elle est prolongée en arrière par la face antérieure du voile du palais. Mais en arrivant ainsi vers le pharynx, la délimitation exacte des régions devient impossible au point de vue pathologique. Les inflammations, les lésions tuberculeuses et syphilitiques du voile doivent être réunies aux affections similaires du pharynx et des amygdales. De même l'épithélioma du voile est opératoirement à étudier avec celui du pharynx. Par contre, les tumeurs bénignes sont identiques à celles du palais. Les maladies du voile du palais vont donc se trouver dissociées entre le palais et le pharynx. Pour le palais il ne sera guère question, bien entendu, que de la fibro-muqueuse, car les lésions du plan osseux ressortissent pour la plupart à l'étude des maladies des maxillaires.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques de la muqueuse palatine n'ont aucune espèce d'intérêt. Celles du squelette ne trouvent place ici qu'en raison des perforations définitives qui en peuvent être la conséquence; il faut être averti qu'après cicatrisation cette perforation sera souvent moins large qu'on ne le croirait au premier abord, pourvu qu'on ait soin de respecter les lambeaux de muqueuse et les esquilles.

Les blessures du voile du palais sont de divers ordres. Quelquefois des arêtes de poisson, des pointes osseuses contenues dans le bol alimentaire, piquent au passage le voile et déterminent dans la luette un épanchement sanguin que Pauli a appelé *staphylhématoïde*; on voit une tumeur bleuâtre, grosse comme une noisette, et il en résulte de la douleur, de la dysphagie et de la dysphonie.

Le petit corps étranger peut rester fiché dans le voile; presque toujours il est immédiatement mal toléré et on l'extrait. Parfois il est la cause d'un abcès.

Les véritables plaies du voile du palais sont rares. On cite un fait de Levillain, où un coup de fleuret a pénétré jusque-là. Chez l'enfant, on observe deux variétés assez particulières : ou bien, le sujet fait une chute par laquelle il s'enfonça jusqu'au voile un corps étranger qu'il tenait dans la bouche, un crayon par exemple; ou bien il s'introduit jusque dans la gorge un crochet qu'il retire brusquement, se déchirant ainsi le voile d'arrière en avant. Je mentionnerai enfin, à cause de l'hémorragie qui peut la compliquer, la petite plaie qui résulte de l'amputation de la luette.

Il faut distinguer ces plaies en deux catégories, selon que le bord libre du voile est respecté ou divisé.