

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 *staphylhématome*; 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.

Si le bord libre est respecté, on est en présence d'une perforation traumatique qui, dans la plupart des cas, se comble très bien spontanément. Si la plaie est très grande, elle tend à s'écarter transversalement et, si on n'y met ordre par la suture, il persiste une perforation définitive; mais la suture est dans ces cas facile et donne des succès presque constants, ainsi qu'on s'en rend compte lorsque, selon le conseil de Bœckel, on fend le voile — en long ou en travers — pour aborder les polypes naso-pharyngiens.

Si le bord libre est interrompu, les deux moitiés s'écartent sous l'influence de la contraction musculaire, et cette division traumatique du voile du palais ne se cicatrise guère d'elle-même. La suture, immédiate ou secondaire, est alors identique à celle de la staphylorrhaphie pour divisions congénitales.

J'ai parlé, jusqu'à présent, des plaies sans perte de substance. Les plaies avec perte de substance, qui résultent, par exemple, des coups de feu, sont bien plus difficiles à traiter; heureusement elles sont rares. D'une part, elles laissent souvent après elles des perforations que l'étoffe restante est insuffisante à combler, en sorte qu'on en est réduit à la prothèse. D'autant plus que, d'autre part, les lésions sont d'ordinaire complexes, portant sur le voile et sur le pharynx, d'où des adhérences cicatricielles et des rétrécissements qui compliquent singulièrement et rendent très aléatoire l'intervention chirurgicale.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les phlegmons et abcès de la fibro-muqueuse palatine ont quelques causes rares, parmi lesquelles Chassaignac a signalé la pression exercée par une pièce de prothèse dentaire; parfois l'infection est produite par la pénétration d'un petit corps étranger. Mais presque tous ces abcès sont d'origine dentaire, une carie dentaire pénétrante avec périodontite ayant servi d'entrée aux germes pyogènes.

Les abcès d'origine dentaire sont presque toujours situés près de l'arcade alvéolaire, surtout en arrière des incisives. Ils forment une saillie arrondie, en général peu volumineuse, d'un rouge intense soit cramoisi, soit sombre, tirant sur le violet. Cette tuméfaction, d'abord rénitente, devient vite fluctuante par choc en retour, puis son sommet blanchit et enfin se perfore, après quoi la guérison est rapide s'il n'y a pas d'ostéite sous-jacente. Exceptionnellement, si le foyer n'est pas ouvert, il est capable de gagner assez loin jusqu'au voile du palais; l'incision précoce est donc indiquée, d'autant mieux qu'elle soulage instantanément les souffrances.

La douleur, le siège, la constatation de la dent malade empêchent l'erreur de diagnostic avec les gommages palatines, indolentes et ordinairement situées au centre de la voûte.

Lorsque l'abcès aura été incisé, on traitera la carie pénétrante qui l'a provoqué.

III

SYPHILIS

La syphilis de la muqueuse palatine est rare et ne présente pas de caractères spéciaux. Mais je dois dire quelques mots de la syphilis osseuse, aboutissant à la perforation.

Les gommages palatines⁽¹⁾ siègent presque toujours sur la ligne médiane, vers la partie postérieure de la voûte osseuse. Elles apparaissent sous la forme d'une tuméfaction indolente, arrondie, le plus souvent fluctuante dès qu'on en reconnaît l'existence. Cette poche se rompt, l'ulcération s'agrandit et l'on voit à nu l'os bientôt éliminé en un petit séquestre. Si cette perforation est petite, son occlusion spontanée est possible; Vidal (de Cassis), les auteurs du *Compendium*, Roux (de Toulon)⁽²⁾ en ont observé des exemples. Mais cette issue heureuse est rare.

On a dit que la nécrose était consécutive à la lésion de la muqueuse. Cette fibro-muqueuse jouerait le rôle de périoste, et, lorsqu'elle est décollée par un exsudat gommeux, l'os sous-jacent ne tarderait pas à perdre sa vitalité. On en concluait à l'utilité d'une incision hâtive pour permettre au périoste de se recoller en temps voulu. Mais cette opinion est aujourd'hui reconnue erronée; c'est l'os qui est malade le premier, et même en général c'est par le plancher des fosses nasales, près de la cloison, que la vérole l'attaque. La précocité de l'incision palatine est donc impuissante à prévenir la perforation, et le seul traitement préventif est celui du coryza syphilitique.

Le *diagnostic* des gommages et perforations syphilitiques du palais, après les caractères que je viens de résumer, est très aisé, et l'on peut faire abstraction du cas exceptionnel où Szymanowski a vu la morve ressembler à la vérole. Le seul diagnostic à débattre est celui de la scrofule, et encore presque exclusivement pour les perforations, rares d'ailleurs, qui se constituent chez l'enfant. Par l'examen objectif de la lésion seule, ce diagnostic semble à peu près impossible, et pour l'élucider on s'appuiera sur les antécédents, sur les accidents concomitants. Mais ici une discussion surgit; il est des auteurs qui veulent toujours voir de la syphilis héréditaire tardive ou acquise en bas âge, là où on fait en général intervenir la scrofule, c'est-à-dire la tuberculose. Jusqu'à nouvel ordre cette opinion paraît trop exclusive.

Le *traitement* est celui de la syphilis tertiaire. Je me suis déjà expliqué sur la prétendue valeur préventive de l'incision précoce de la gomme.

La perforation une fois établie, on continuera pendant quelque temps la médication générale, de façon à bien blanchir le sujet de toute manifestation syphilitique, de façon à bien faire cicatriser les ulcérations naso-palatines en particulier. Quelquefois même, on verra ainsi la perte de substance se combler. Si elle persiste — et c'est la règle — on devra intervenir chirurgicalement, mais seulement après guérison des ulcérations spécifiques. Sans doute, bon nombre de

⁽¹⁾ A. FOURNIER, *Mouvement méd.*, Paris, 1874, p. 592.

⁽²⁾ ROUX, *Arch. de méd. nav.*, Paris, 1880, t. XXXIV, p. 582.

malades, dans ces conditions, se contentent d'une prothèse plus ou moins rudimentaire, bouchant leur perforation avec des tampons qu'ils fabriquent eux-mêmes. On en cite un qui, lorsqu'il commençait une conversation, se collait au palais une feuille de papier à cigarettes et parlait dès lors sans nasiller. Mais lorsque le chirurgien sera consulté, il devra toujours conseiller l'opération, si elle est anatomiquement possible. En effet, ces perforations sont d'ordinaire médiocrement étendues, autour d'elles les lames palatines ne sont pas atrophiées, et dans ces conditions favorables l'uranoplastie en double pont réussit presque toujours. Il est à noter en outre, qu'elle donne des résultats fonctionnels parfaits; non seulement elle rend normale la mastication, mais encore, contrairement à ce que j'ai dit pour les divisions congénitales, elle restitue à coup sûr la netteté de la prononciation, ce qui tient à ce que les cavités voisines ne sont pas malformées. Dans certains cas, lorsque la perforation est très large, et surtout très rapprochée en avant des arcades dentaires, l'uranoplastie en double pont est impossible. Dans un cas de ce genre, Delorme⁽¹⁾ a obtenu un succès en transplantant un lambeau pris à la muqueuse de la joue, et dont le pédicule a été coupé au septième jour.

IV

TUBERCULOSE

Je viens de dire quelques mots des perforations scrofuleuses du palais et des discussions sur leur nature syphilitique possible. Je n'ai donc plus qu'à donner quelques notions sur l'ulcération tuberculeuse de la muqueuse. Notions très sommaires, car l'aspect objectif, l'étiologie, le diagnostic, sont à peu près identiques à ceux de la tuberculose linguale⁽²⁾. C'est d'ailleurs une localisation rare de la tuberculose buccale. Dans les quelques observations publiées⁽³⁾, la lésion palatine n'est souvent pas isolée, mais elle s'associe soit à des ulcérations linguales, soit à des ulcérations du voile. La tuberculose du voile, moins rare, s'associe plus volontiers à celle du pharynx et des amygdales, avec laquelle nous la retrouverons.

L'ulcération, dont l'évolution et la gravité dépendent avant tout de l'état des poumons, gagne soit vers le voile, soit vers la gencive et la joue. Chez un sujet observé par Quénu, elle a détruit la muqueuse dans le trou palatin antérieur, et il en est résulté une perforation.

V

TUMEURS

A la muqueuse palatine et à la face buccale du voile du palais on rencontre des tumeurs diverses que je passerai rapidement en revue avant d'entrer dans la

⁽¹⁾ DELORME, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1896, p. 646.

⁽²⁾ VOY, t. V, p. 147.

⁽³⁾ VALLIN, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1876, p. 169. — LAVERAN, *Ibid.*, p. 281 et 594. — SECCHI, *Berliner klin. Woch.*, 1877, p. 576. — QUÉNU, *France méd.*, Paris, 1878, p. 675. — GUYOT, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1880, p. 115. — DUJARDIN-BEAUMETZ, *Ibid.*, 1885,

seule étude qui mérite de nous arrêter quelque peu, celle des adénomes et des tumeurs mixtes des glandules salivaires palatines.

PARMENTIER, Essai sur les tumeurs de la région palatine. *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 547 et 579. — FANO, Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. Thèse d'agrég. en chir. de Paris, 1857. — STEPHEN PAGET, Tumours of the palate. *St-Barth. hosp. rep.*, London, 1886, t. XXII, p. 515, et *Trans. of the path. Soc. of London*, 1887, t. XXXVIII, p. 548. — MICKULICZ, *Handb. der Laryng. und Rhin.*, publié sous la direction de P. Heymann, t. II, p. 545. Vienne, 1897.

1° Anévrysmes. — Les anévrysmes de l'artère palatine postérieure sont spontanés (Teirling) ou traumatiques (S.-W. Gross). Malgré les faits de Castle, de Herapath, ceux de l'artère palatine antérieure restent douteux. Teirling a traité le sien par l'application d'une pointe de feu; Dubrueil, par l'injection de perchlorure de fer; S.-W. Gross, par la ligature des deux bouts.

A titre de curiosité, je rapporterai l'observation de Dubrueil et Muratet⁽¹⁾, où un anévrysme de la carotide interne vint bomber dans le voile du palais, et, comme il ne battait pas, on le prit pour une tumeur solide, d'où une tentative d'extirpation mortelle. Des observations analogues sont dues à Albert (de Vienne), à Chélius.

2° Angiomes. — Les angiomes, le plus souvent veineux, sont congénitaux ou acquis, et dans ce dernier cas siègent parfois en un point irrité par un dentier. Ils sont moins rares à la voûte qu'au voile. Ceux du voile gagnent aisément vers l'amygdale et le pharynx. Le diagnostic s'établit par la coloration et la réductibilité partielle; quand ces symptômes font défaut, on commet des erreurs de diagnostic avec un anévrysme si la tumeur est pulsatile, avec un kyste si elle est fluctuante, avec un adénome si elle est solide.

On peut traiter par l'extirpation au bistouri les angiomes limités; plus étendus, ils seront attaqués au thermocautère. Pour ceux qui atteignent l'isthme du gosier, Keimer⁽²⁾ préconise avec raison l'électro-puncture.

Labit, Kayser ont publié des observations de *kystes séreux congénitaux*.

3° Kystes. — Je me contenterai de mentionner quelques faits assez incomplètement observés, et dont la nature exacte reste inconnue :

Cruveilhier, Ad. Henrot (de Reims)⁽³⁾, parlent de *kystes à contenu sébacé*, qui sont peut-être congénitaux, dermoïdes.

Saucerotte (de Lunéville) a guéri par l'injection iodée un *kyste muqueux* ayant déprimé l'os, et dépendant peut-être d'une glandule salivaire.

Des kystes du voile revêtus d'épithélium cilié ont été décrits par Juffinger, par E. Wagner⁽⁴⁾.

4° Lipomes. — Les lipomes⁽⁵⁾, observés au voile par Richet, à la voûte par Cartaz, par Esmarch, par Waitz, sont rares. Mous et fluctuants, ils seront pris

p. 254. — FÉREOL, *Ibid.*, 1885, p. 257. — KÜSSNER, *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1881, p. 277. — HERMANTIER (E.), Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n° 115.

⁽¹⁾ MURATET, Thèse de doct. de Montpellier, 1885, n° 40. — DUBRUEIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 598.

⁽²⁾ KEIMER, *Deutsche med. Woch.*, 1887, p. 728.

⁽³⁾ HENROT, *Union méd. du Nord-Est*, Reims, 1880, p. 207.

⁽⁴⁾ Cité par MICKULICZ dans le *Handbuch der Laryng. und Rhinol.*, publié sous la direction de P. Heymann, t. II, p. 555. Vienne, 1897.

⁽⁵⁾ LABAT, Thèse de doct. de Paris, 1874, n° 555, p. 46.