

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. — FÉRÉOL, *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.

pour des kystes, si la muqueuse ne laisse pas voir par transparence leur couleur jaune. Leur énucléation est facile.

5° **Fibromes.** — Panas⁽¹⁾ a relaté un fait de fibromes multiples ayant envahi le sinus, et il a pu suivre son opéré de façon à bien démontrer la nature bénigne du mal. Mais c'est là une observation exceptionnelle, et la plupart des autres sont douteuses. Elie Politis⁽²⁾ a certainement fait confusion avec une tumeur d'origine osseuse. Les fibromes de Desgranges et Sabatier sont sûrement des tumeurs mixtes. Quant aux cas anciens de Jourdain, Botot, Anselin, ils sont sans aucune valeur, car à cette époque les tumeurs glandulaires étaient inconnues.

6° **Myxomes.** — On a décrit comme myxomes des tumeurs d'ailleurs assez disparates. Celui de Bryant a été nettement malin; un myxolipome de Verneuil et Thaon⁽³⁾ paraît au contraire avoir été bénin. R. Moutard-Martin a étudié un myxome hémorragique du voile⁽⁴⁾.

Il semble que quelques-uns de ces myxomes tout au moins soient en réalité des tumeurs mixtes des glandules salivaires.

7° **Chondromes.** — **Sarcomes.** — Ces tumeurs semblent ne pas exister à l'état pur; elles sont toujours associées à d'autres tissus sous forme de tumeurs mixtes.

8° **Épithéliomes.** — Il en est de même des épithéliomes profonds, glandulaires. Mais à côté de ceux-ci il faut faire une place, peu importante, aux épithéliomes pavimenteux de la muqueuse. Ainsi Brissaud a observé avec P. Broca⁽⁵⁾ un épithéliome ayant eu pour point de départ une plaque leucoplasique de la voute palatine.

Les épithéliomes du voile sont d'ordinaire associés à des lésions de la base de la langue, de l'amygdale, du pharynx, dont ils sont d'ailleurs presque toujours la propagation⁽⁶⁾. Quelquefois cependant, on se trouve en présence d'un petit épithéliome du voile, bien limité et facile à enlever par la bouche.

TUMEURS MIXTES DES GLANDULES SALIVAIRES

Historique. — L'histoire des tumeurs glandulaires du palais et de la face inférieure du voile⁽⁷⁾ est de date récente. Pendant la première moitié du XVIII^e siècle encore, malgré quelques observations de Boyer, Velpeau, Warren, Blandin, Vidal de Cassis, Marchal de Calvi, toutes les tumeurs du voile étaient réputées syphilitiques ou cancéreuses. Les choses en étaient là lorsque, de 1847 à 1850, Nélaton, restant sur le terrain exclusivement clinique, publia plusieurs faits probants de tumeurs bénignes, et bientôt Marjolin, Michon⁽⁸⁾, Laugier

(1) PANAS, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1867, 2^e série, t. VIII, p. 81, et 1870, t. XI, p. 401.

(2) POLITIS (E.), *Gazette méd. de Paris*, 1857, p. 74.

(3) THAON, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1872, p. 555.

(4) MOUTARD-MARTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1876, p. 599.

(5) BRISSAUD, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1876, p. 698. — VILLEQUEZ, *Tumeurs malignes du palais*. Thèse de doct. de Paris, 1892-1893, n° 79.

(6) Voy. t. V, p. 245.

(7) C'est parmi les tumeurs naso-pharyngiennes qu'il faut ranger celles de la face supérieure du voile, comme l'adénome vu par Tillaux (*Gazette des hôp.*, Paris, 1885, p. 257).

(8) *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1851, t. II, p. 79, 454.

recueillaient des observations semblables, en même temps que Ch. Robin et Rouyer démontraient la nature glandulaire de ces néoplasmes⁽¹⁾. De cette constatation anatomique et de la bénignité ordinaire de ces tumeurs résulta le nom d'*adénomes*. C'est ce nom qui a été adopté par Syme, Letenneur, Desprès et Coyne, Laboulbène, etc., et dans les mémoires d'ensemble et les thèses de Parmentier, Fano, Python, Mormiche. Mais depuis quelques années, la question a été étudiée de plus près et l'on a constaté que, si la nature glandulaire était incontestable, la bénignité n'était pas constante, et l'on a d'abord montré qu'il y a des fibro-adénomes, des adéno-sarcomes, ces derniers étant capables d'une évolution maligne. On est arrivé ainsi à considérer que, en anatomie pathologique comme en clinique, la ressemblance est grande entre ces tumeurs des glandules salivaires et celles de la parotide, qu'il s'agit de tumeurs mixtes, susceptibles d'évoluer dans des sens divers. Il ne faut donc pas décrire les adénomes, comme on le faisait autrefois; ni les épithéliomes enkystés comme l'a dit Fonnegra; ni les sarcomes, comme l'ont fait Coyne, Stephen Paget; mais il faut tracer un tableau d'ensemble de ces tumeurs mixtes. C'est ce que nous avons tenté, avant un mémoire intéressant de de Larabrie (de Nantes), dans le *Manuel de pathologie*, de Jamain et Terrier.

A. BOIS, Étude sur quelques tumeurs de la bouche et de l'arrière-bouche. Thèse de Paris, 1868, n° 174, p. 22. — HAAS, Tumeurs du voile du palais. Thèse de Strasbourg, 1861, n° 565. — PYTHON, Des adénomes du voile du palais et de la voute palatine. Thèse de Paris, 1875, n° 104. — J. OTT, Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais. Thèse de Paris, 1880, n° 26. — MORMICHE, Contribution à l'étude de l'adénome palatin. Thèse de Paris, 1882-1885, n° 149. — JAMAIN ET TERRIER, Manuel de pathologie et de clin. chir., 3^e édit., t. III, p. 682, Paris, 1887, et t. IV, p. 269, 1889. — HOFFMANN, Eine Mischgeschwulst des harten Gaumens. *Archiv für klin. Chir.*, Berlin, 1888-1889, t. XXXVIII, p. 98. — MONOD, Tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, nouv. série, t. XVI, p. 48; rapport sur un mémoire de DE LARABRIE, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1890, t. I, p. 537 et 677. — R. VOLKMANN, Ueber endotheliale Geschwülste, etc. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1895, t. XLI, p. 1. — P. BERGER, Tumeurs mixtes du voile du palais. *Revue de chir.*, Paris, 1897, p. 561.

Anatomie pathologique. — Ce qui sera dit sur les tumeurs mixtes de la parotide me permet de ne donner ici que des notions anatomiques très succinctes.

La tumeur, assez ferme et lobulée, est, dans sa période de bénignité, enkystée par une coque conjonctive, à la surface de laquelle rampent peu de vaisseaux. Sa coupe, grenue et lobulée, ressemble à celle de la parotide saine; elle peut révéler l'existence de kystes, à paroi ordinairement végétante. Robin et Rouyer ont constaté que, dans environ la moitié des cas, il existe de petits calculs dans les acini.

En général, cet aspect glandulaire et quelques formations kystiques existent seuls, et à l'examen microscopique on voit des cavités glandulaires tapissées d'épithélium proliféré, colloïde par places, mais non atypique. C'est à cause de cela, pour mettre en évidence cette nature épithéliale, que Fonnegra, élève de Cornil, a parlé d'épithéliomes enkystés⁽²⁾. C'est par dégénérescence de cet épithélium que se forment les kystes, et non par transformation d'épanchements sanguins comme le voulait Velpeau.

En Allemagne, dans ces dernières années, avec Kaufmann, Nasse, R. Volk-

(1) *Moniteur des hôp.*, Paris, 1856, p. 441; 1857, p. 9. — Rapport de RICHARD, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1856, t. VII, p. 215.

(2) FONNEGRA, Thèse de doct. de Paris, 1882-1885, n° 286.

mann, Eisenmenger, on a eu tendance à attribuer à ces tumeurs une origine conjonctive, endothéliale en particulier, et l'on a appliqué d'ailleurs la même théorie aux tumeurs mixtes de la parotide, de la glande sous-maxillaire. Dans un mémoire tout récent, P. Berger a fait voir qu'il ne fallait pas adopter ces idées sans discussion et qu'en réalité l'origine épithéliale devait toujours être admise.

Mais si l'élément glandulaire semble être l'origine du mal, si, un peu différent en cela de ce qu'il est à la parotide, il garde presque toujours le pas sur les transformations conjonctives, ces dernières existent cependant, capables de constituer ici soit des tumeurs mixtes typiques, soit des tumeurs en apparence non glandulaires, souvent appelées, autrefois surtout, fibromes, myxomes ou chondromes. Disons donc que, selon le mode de réaction du stroma, on sera en présence de fibro-adénomes (Desgranges et Sabatier), d'adéno-chondromes (Michaux, Picht, Max Hoffmann), d'adéno-myxo-chondromes (Trélat et Malassez⁽¹⁾).

Ce n'est pas tout. Quelquefois le stroma conjonctif est riche en cellules embryonnaires, étouffe pour ainsi dire l'élément glandulaire et néanmoins l'évolution après ablation montre que la tumeur était réellement bénigne. Faut-il alors prononcer le nom de sarcome, comme l'a fait Coyne à propos d'une malade de Desprès⁽²⁾? La chose est possible, quoique non démontrée. Mais ce qui est certain, c'est que le véritable adéno-sarcome, récidivant et malin, existe aussi bien qu'à la parotide : d'après Tédénat et Barrière⁽³⁾, il est plus fréquent qu'on ne le pense. On a des renseignements moins précis sur l'évolution, plus rare certainement, dans le sens de l'épithéliome atypique diffus ou carcinome.

Ce qu'il faut retenir de cette discussion anatomique c'est que :

- 1° Les diverses tumeurs du voile sont le plus souvent des tumeurs mixtes et non des tumeurs pures;
- 2° Ces tumeurs sont avant tout de nature glandulaire, mais il faut tenir grand compte des modifications du stroma;
- 3° La bénignité de ces prétendus adénomes n'est pas aussi absolue qu'on l'a dit, et nous allons voir la clinique confirmer sur ce point l'anatomie pathologique.

Étude clinique. — Les tumeurs mixtes palatines atteignent de préférence les individus jeunes. Sans doute, bien des sujets sont déjà âgés lorsqu'ils viennent consulter; mais souvent ils racontent alors qu'ils connaissent leur tumeur depuis dix, quinze et vingt ans, et encore est-il certain qu'ils ont, sauf exception et hasard, ignoré le premier début de cette grosseur indolente, à évolution torpide, dont le volume est, pendant des années, le seul inconvénient.

Lorsque la tumeur est devenue volumineuse, elle reste indolente, mais elle cause des troubles fonctionnels assez sérieux : la voix est nasillarde, la déglutition peut être assez gênée pour que la nutrition en soit compromise, la respiration est entravée, pendant le sommeil surtout, jusqu'à production d'accès de suffocation; et de la sorte une religieuse opérée par Nélaton en était arrivée à un état fort précaire.

⁽¹⁾ TRÉLAT, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 714.

⁽²⁾ COYNE, *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 586. — DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1874, 3^e série, t. III, p. 571 et 586; 1890, nouv. série, t. XVI, p. 54.

⁽³⁾ BARRIÈRE, Thèse de doct. de Montpellier, 1878, n° 58.

L'inspection révèle l'existence d'une tumeur latérale, située en dehors du raphé médian, occupant presque toujours le voile, rarement la muqueuse du palais osseux (Letenneur, Mormiche, Grynfelt et Barrière), refoulant le voile en haut, la luette du côté sain, et déprimant quelquefois la base de la langue. Cette tumeur, qui peut avoir jusqu'au volume d'un œuf de poule, mais dont la marche a été très lente, est arrondie, bien circonscrite, lisse ou un peu bosselée. La muqueuse, bien mobile, est intacte, non ulcérée, sillonnée seulement de petites varicosités. A la palpation, on la trouve tantôt de consistance ferme et uniforme, tantôt molle par places, fluctuante même, tantôt au contraire très dure en certains points; et c'est par ces circonstances qu'on portera le diagnostic de la variété : adénome, myxome, fibrome, chondrome, avec ou sans formations kystiques.

La tumeur, quand elle devient très volumineuse, est capable d'user la voûte osseuse au point de la perforer et de devenir directement sous-jacente à la muqueuse nasale⁽¹⁾.

J'en ne crois pas devoir exposer un diagnostic différentiel avec les kystes et fibromes, qui sont probablement en réalité des tumeurs mixtes; avec les gommés et les carcinomes qui ne prêtent guère à l'erreur; avec les tumeurs de la voûte osseuse, qui font corps avec l'os⁽²⁾.

La bénignité de ces tumeurs se reconnaît à trois signes : la lenteur d'accroissement, l'intégrité des ganglions correspondants, l'absence de récurrence après ablation. Mais, quoi qu'on en ait dit à l'époque de Nélaton, cette bénignité n'est pas absolue. A un moment donné, sans cause connue, on peut voir le néoplasme subir une poussée rapide et adhérer à la muqueuse, s'ulcérer en même temps que l'engorgement ganglionnaire se produit. Cet engorgement est rare, mais de Larabrie l'a constaté; et j'en ai également été témoin sur une femme d'une cinquantaine d'années entrée dans le service d'U. Trélat. A cette période, les allures sont réellement malignes, la récurrence est à craindre : elle est même possible — presque toujours sous forme de sarcome pur et peut-être aux dépens de la capsule respectée — après énucléation très aisée de tumeurs encore récentes et petites. Voilà donc, après l'analogie anatomique, une grande analogie clinique avec les tumeurs parotidiennes : cette évolution en deux temps, où une tumeur, pendant plus ou moins longtemps torpide et bénigne, subit tout à coup une poussée rapide et maligne.

Traitement. — En présence de cette évolution, le traitement ne saurait être discuté : il faut enlever ces tumeurs aussi vite que possible, et après l'ablation précoce l'absence de récurrence est la règle; ablation d'ailleurs très facile, car la masse néoplasique, bien encapsulée, s'énuclée très facilement d'un coup d'élevatoire après qu'on a fendu la face antérieure du voile. Cette incision sera faite au bistouri sur le point culminant de la tumeur; elle sera longitudinale; on la réunira par des points de suture au fil de soie.

A la deuxième période, l'opération devient laborieuse, difficile, dangereuse : c'est celle des cancers étendus du voile et du pharynx, dont je parlerai plus loin.

⁽¹⁾ L. DEFONTAINE, *Arch. prov. de chir.*, avril 1895, p. 249.

⁽²⁾ Exceptionnellement la tumeur peut être pédiculisée (Velpeau et Bauchet), papillomateuse (BRUCH, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, nouv. série, t. XI, p. 885), faire saillie vers la région parotidienne (N. DOBSON, *St-Thomas hosp. reports*, London, 1886, p. 55; U. TRÉLAT, *loc. citato*).

TUMEURS DE LA LUETTE

Je réunirai sous ce nom, suivant l'usage, une série de lésions disparates, dont plusieurs ne sont certainement pas néoplasiques, mais qui forment un tout clinique et doivent être traitées par l'excision de la luette.

L'augmentation de volume de la luette se caractérise par un ensemble symptomatique spécial : toux sèche et rebelle pouvant faire craindre un début de tuberculose pulmonaire; nausées et vomissements après le repas, la luette titillant la base de la langue; mouvements incessants de déglutition; quelquefois crises nocturnes de suffocation. Labus, Coën⁽¹⁾ ont décrit minutieusement des modifications de la voix.

Dans la plupart des cas, ces symptômes relèvent de l'engorgement inflammatoire chronique de la luette, et l'on voit la luette volumineuse, touchant la base de la langue, terminée souvent au sommet par une petite pointe œdémateuse. C'est dû à un œdème chronique, peut-être avec hypertrophie glandulaire, et cet état coïncide d'ordinaire avec des angines à répétition. Pour l'expliquer, on a invoqué la chlorose, l'anémie paludéenne, l'abus de l'alcool : tout cela reste douteux. Cette hypertrophie de la luette, qui peut être congénitale, serait parfois prononcée au point que l'organe vienne à s'engager entre les arcades dentaires, comme l'auraient vu Yearsley, Behr, Dana.

Les signes fonctionnels sont les mêmes pour les tumeurs, telles que les polypes muqueux⁽²⁾, les papillomes⁽³⁾, les angiomes simples ou caverneux observés par Blum, Le Fort et Bide⁽⁴⁾, le développement variqueux des vaisseaux noté par Ancelon. Il est inutile d'insister sur l'aspect objectif spécial à ces diverses lésions.

Les papillomes peuvent avoir 10 à 12 millimètres de long. Ils atteignent de préférence les adultes du sexe masculin et sont presque toujours accompagnés d'angine chronique.

Traitement. — Toutes ces lésions seront traitées par l'excision de la luette. Pour cette excision, on a inventé des instruments spéciaux : il suffit d'une paire de ciseaux et d'une pince à griffes. Mais il y a alors un danger, l'hémorragie⁽⁵⁾, soit qu'on ait affaire à un hémophile, soit qu'on ait coupé un vaisseau anormalement développé, soit qu'on sectionne une luette enflammée. Dans ces conditions, donc, on emploiera de préférence l'anse galvanique. Lorsque l'hémorragie a lieu, on s'en rend presque toujours maître par la cautérisation ou la forcipressure⁽⁶⁾.

⁽¹⁾ LABUS, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1885, p. 115. — COËN, *Wiener med. Presse*, 1887, p. 870 et 902.

⁽²⁾ DARTIGNOLLES, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1885-1884, t. XIII, p. 499.

⁽³⁾ VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1858, p. 81. — VIDAL, *Ibid.*, p. 227. — NEPVEU, *Ibid.*, 1875, p. 555.

⁽⁴⁾ BIDE, *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, 1877, p. 206.

⁽⁵⁾ CARROLL MORGAN, *Transact. of the Amer. laryng. Assoc.*, New-York, 1886, t. VIII, p. 80. — CATUFFE, *France médicale*, Paris, 1889, t. I, p. 15.

⁽⁶⁾ Voy. un cas de mort publié par TOMPKINS, *Med. Record*, New-York, 1886, t. I, p. 706.

VI

PERFORATIONS DE LA VOUTE

Les divisions congénitales sont étudiées p. 17 et 55. Les divisions acquises et pertes de substance du voile ne sauraient être comprises avant la description de la syphilis et de la tuberculose de la gorge. Je n'ai donc à m'occuper que des perforations de la voûte osseuse : encore n'ai-je pas grand'chose à ajouter à ce que j'ai dit de la syphilis et de la tuberculose palatines.

La syphilis est, en effet, et de beaucoup, la cause la plus fréquente. A côté d'elle il faut énumérer :

1° Les lésions traumatiques, accidentelles ou chirurgicales, ces dernières étant destinées, par exemple, à enlever un néoplasme de la voûte ou à donner accès sur une tumeur naso-pharyngienne;

2° L'usure par des tumeurs voisines, venues des fosses nasales ou du sinus maxillaire;

3° Les nécroses diverses d'origine inflammatoire et en particulier la nécrose des mâchoires consécutive aux fièvres éruptives, nécrose qui frappe quel-

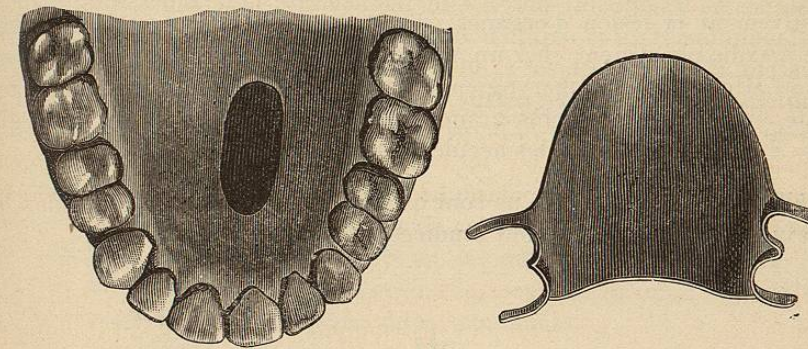


FIG. 60.

FIG. 61.

FIG. 60 et 61. — Obturateur à plaque pour une perforation accidentelle.

quefois la voûte palatine, avec ou sans le rebord alvéolaire. Toirac a vu migrer dans la bouche, après avoir troué le palais, un corps étranger des fosses nasales.

Pour le traitement, on a le choix entre l'uranoplastie et la prothèse : on ne recourra à la prothèse que s'il est impossible de trouver sur les parties restantes l'étoffe nécessaire à la réparation. Lorsque l'opération est possible, ses résultats sont souvent aussi bons au point de vue phonétique qu'au point de vue de la mastication, comme je l'ai dit pour les perforations syphilitiques.