

excessive de la langue permettant difficilement la formation d'adhérences. Nous devons noter cependant les brides cicatricielles consécutives à une stomatite ulcéreuse, à une glossite; enfin, à la suite d'une plaie du plancher buccal, la langue peut être prise dans l'écartement des lambeaux et contracter des adhérences avec les parties environnantes. Dans une observation rapportée par Sédillot (1), l'ankyloglosse fut pour ainsi dire chirurgicale. Ce chirurgien, dans le but de remédier à une asphyxie imminente déterminée par un gonflement énorme de la langue, fixa cet organe dans une plaie faite à la région sus-hyoïdienne; l'opération fut couronnée d'un plein succès; plus tard, la langue fut dégagée et reprit sa position et sa mobilité.

Ces adhérences anormales donnent lieu à un certain nombre de troubles fonctionnels dans la déglutition, la mastication et la phonation; troubles d'autant plus accusés que la langue est plus fortement fixée aux organes voisins.

Pour détruire ces adhérences, il suffit en général de passer au-dessous une sonde cannelée et d'en faire la section avec un bistouri boutonné ou des ciseaux. Ce moyen réussit le plus souvent, et la mobilité naturelle de l'organe concourt au succès de l'opération. Dans quelques cas, cependant, on a vu l'adhérence se reproduire; et c'est pour s'opposer à ces récidives qu'on a conseillé soit d'exciser les brides cicatricielles, soit de les couper en deux fois au niveau de la joue ou des gencives et au niveau de la langue.

b. *Ankyloglosse congénitale*. — Dans quelques cas très-rares, la langue est fixée à la voûte palatine, mais le plus ordinairement l'ankyloglosse est *inférieure*. Dans ce cas, tantôt la partie antérieure de l'organe est fixée dans toute son étendue au plancher buccal, tantôt et le plus souvent cette adhérence est limitée à la portion médiane; l'anomalie constitue alors le *filet*.

Les adhérences étendues sont en général molles, peu solides, et il suffit pour les détruire d'en pratiquer le décollement avec le doigt ou une spatule.

*Filet*. — Il arrive assez souvent chez le nouveau-né que le repli muqueux qui réunit la portion libre de la langue au plancher buccal a une longueur exagérée et s'étend trop loin en avant vers la pointe de la langue; d'autres fois, il est trop court et trop étroit de haut en bas. Une difficulté plus ou moins marquée dans la succion, la déglutition, l'articulation des sons, est la conséquence de cette disposition anormale qui s'oppose à un allongement suffisant de la langue. Mignot (2) a rapporté un fait intéressant de *filet* par hérédité.

Pour établir un diagnostic certain, il importe d'examiner l'organe et de constater *de visu* l'anomalie. Or, lorsque le frein est trop court, la pointe de la langue reste derrière l'arcade alvéolo-dentaire pendant les

(1) *Traité de méd. opér.*, 4<sup>e</sup> édit., t. II, p. 44.

(2) *Gaz. hebdom.*, 1868, n<sup>o</sup> 45.

cris; en portant le doigt sur le filet, on constate qu'il est plus résistant, plus tendu qu'à l'état normal, et que dans les efforts de succion la pointe de la langue ne peut s'appliquer sur ce doigt aussi facilement et aussi complètement qu'il conviendrait.

L'anomalie reconnue, on y remédie par la petite opération suivante: l'enfant étant assis, la tête renversée sur les genoux d'un aide, le chirurgien soulève la langue avec un ou deux doigts de la main gauche, de manière à tendre le frein; puis avec la main droite armée de ciseaux mousses, il divise le filet dans une étendue de 4 à 5 millimètres au plus; la pointe des ciseaux doit être dirigée en bas, afin d'éviter les artères ranines. On peut encore soulever la langue avec la plaque d'une sonde cannelée, engager le filet dans la fente de cette plaque, et faire alors la section comme précédemment.

Cette opération, presque toujours simple et insignifiante, a quelquefois donné lieu à de graves accidents sur lesquels J.-L. Petit a attiré l'attention tout en exagérant leur fréquence; ces accidents sont l'*hémorrhagie* et le *renversement de la langue* vers le pharynx.

L'*hémorrhagie* est due soit à la blessure des artères ou des veines ranines, soit à la division de quelque vaisseau anormalement développé dans le frein. Rarement sérieuse, cette hémorrhagie peut parfois être assez abondante pour compromettre la vie de l'enfant, si l'on ne s'en aperçoit à temps; car les mouvements de succion entretiennent cet écoulement, et le rendent à chaque instant de plus en plus considérable. La cautérisation du vaisseau lésé avec le crayon de nitrate d'argent suffit le plus souvent; en cas d'insuccès, une pointe de feu arrêterait l'hémorrhagie. Enfin Malgaigne a conseillé d'appliquer sur la plaie quelques points de suture entrecoupée.

J.-L. Petit a été trois fois témoin du *renversement de la langue* vers le pharynx; dans un cas, la mort par asphyxie fut la suite de cet accident. En pareille circonstance, on doit se hâter de porter le doigt dans la bouche pour ramener la langue dans sa position normale et faire cesser la suffocation imminente.

## CHAPITRE XII

### MALADIES DE LA VOUTE PALATINE.

#### ARTICLE PREMIER.

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VOUTE PALATINE.

Les blessures de la voûte palatine diffèrent entre elles selon que l'agent vulnérant a borné son action à la fibro-muqueuse ou a intéressé le squelette sous-jacent. Les plaies et contusions de la muqueuse n'offrent que peu de gravité et guérissent en général rapidement.

Lorsque le squelette est intéressé, tantôt la lésion est complexe et rentre plus particulièrement dans l'histoire des fractures du maxillaire supérieur, tantôt la lésion est plus exactement limitée à la voûte palatine et peut même se borner à une simple perforation.

Ce genre de blessure, dont on trouvera une bonne description dans la thèse de Bedel (1), s'observe quelquefois chez des individus qui tombent sur la face en tenant dans la bouche un instrument rigide et plus ou moins pointu, comme une pipe, un bâton, une tige de métal, etc. L'instrument venant heurter la voûte palatine peut, après avoir contusionné et déchiré la muqueuse, traverser la voûte osseuse et pénétrer dans les fosses nasales. On conçoit même que, si la force d'impulsion est considérable, l'instrument puisse continuer sa marche et pénétrer dans le crâne. C'est ce que l'on observe dans certains cas de blessures par armes à feu, surtout chez les individus qui cherchent à se suicider en se tirant un coup de fusil ou de pistolet dans la bouche. Il est fréquent alors de trouver des lésions très-complexes de la cavité buccale, telles que déchirures des lèvres, des joues, de la langue, du voile du palais, avec brûlure de ces diverses parties.

L'existence d'une perte de substance traumatique de la voûte palatine entraîne à sa suite des troubles de la déglutition et de la phonation que nous indiquerons plus tard, et ces troubles peuvent rester permanents si la perte de substance n'est pas comblée. Tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre vers ce dernier résultat en rapprochant autant que possible les lambeaux de la fibro-muqueuse, de manière à obtenir une réunion immédiate, ou bien en surveillant et en activant la réunion secondaire par tous les moyens accoutumés. Il pourrait être utile, dans certains cas, de soutenir les parties molles et les fragments osseux à l'aide d'une sorte d'obturateur en gutta-percha. Enfin, si malgré tous ses soins, le chirurgien voyait la perforation persister, il devrait avoir recours aux méthodes thérapeutiques que nous indiquerons plus tard.

## ARTICLE II.

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA VOUTE PALATINE.

#### 1° Inflammations.

La muqueuse palatine participe à la plupart des affections inflammatoires de la muqueuse buccale. Mais nous devons seulement signaler ici les inflammations limitées à la voûte osseuse.

L'ostéo-périostite de la voûte palatine peut succéder à des traumatismes, mais elle est plus souvent consécutive à la périostite alvéolo-

(1) *Des perforations traumatiques de la voûte palatine et de leur traitement.* Thèse, Paris, 1872.

dentaire dont elle n'est qu'une propagation. Il n'est pas rare de voir des ostéo-périostites de la voûte palatine, nées sous l'influence de causes diathésiques (scrofule ou syphilis), se terminer par carie ou nécrose et être suivies de perforations de la voûte palatine.

Je crois pouvoir affirmer que, dans l'immense majorité des cas, ces ostéo-périostites scrofuleuses ou syphilitiques de la voûte palatine sont consécutives à l'ozène, et j'ai presque toujours constaté que la maladie débute dans les fosses nasales, en sorte que la voûte palatine osseuse, d'abord dénudée à sa face supérieure, ne tarde pas à l'être dans le point correspondant de sa face inférieure. Ainsi s'explique la terminaison à peu près constante de la maladie par la nécrose d'une portion de la voûte palatine.

Quoi qu'il en soit, l'ostéo-périostite de la voûte palatine s'annonce par une douleur avec gonflement et rougeur plus ou moins étendue, occupant soit le voisinage des arcades dentaires lorsqu'il s'agit de la propagation d'une périostite alvéolo-dentaire, soit un point quelconque de la voûte lorsque la maladie est idiopathique ou symptomatique d'un coryza scrofuleux ou syphilitique. Le gonflement ne tarde pas à augmenter, la fluctuation devient évidente, enfin l'abcès s'ouvre spontanément ou est ouvert par le chirurgien, et on constate avec un stylet la dénudation plus ou moins étendue de l'os sous-jacent.

Dans les périostites consécutives à une affection dentaire, la maladie guérit spontanément et complètement; il en serait de même dans une périostite idiopathique. Mais les choses se passent tout autrement dans les cas d'ostéo-périostite syphilitique ou scrofuleuse. L'ouverture palatine reste fistuleuse; une portion plus ou moins étendue d'os nécrosé est éliminée soit par la bouche, soit par la narine, puis il reste une perforation qui pourra se cicatriser si la perte de substance est peu considérable, ou rester permanente.

Le traitement devra consister dans l'emploi de gargarismes émollients au début, puis dans l'ouverture rapide de la collection purulente, afin de limiter autant que possible le décollement du périoste. Si une perforation se produit, on devra tenter d'en favoriser autant que possible la cicatrisation par un traitement local et général approprié, et dans ces conditions je recommande de porter tous ses soins du côté de l'ozène coexistant. Enfin, la perforation ayant persisté, on devra se comporter comme nous le dirons plus tard.

#### 2° Tumeurs.

Nous rappellerons seulement pour mémoire que diverses tumeurs, nées dans les fosses nasales, peuvent déprimer la voûte palatine et se montrer du côté de la bouche. D'autres tumeurs, ayant pris naissance dans l'épaisseur des gencives ou des maxillaires supérieurs, ont envahi consécutivement la voûte palatine. Il ne sera question ici que des tumeurs

primitivement développées dans la voûte osseuse du palais. A l'exception des productions syphilitiques (*gommes* ou *exostoses*), ces tumeurs sont assez rares, et Fano (1), dans sa thèse de concours, n'a pu en réunir qu'un petit nombre de cas.

a. *Anévrysmes*. — On ne connaissait guère qu'un exemple authentique d'anévrysmes de l'artère palatine postérieure du côté droit. Dans ce fait, dû à Teirling, la tumeur était molle, rénitente, pulsatile, animée de mouvements d'expansion et réductible sous la pression du doigt. La guérison fut obtenue par la cautérisation avec le fer rouge.

S. Gross (2) a observé un nouveau cas d'anévrysmes de l'artère palatine droite, survenu à la suite d'un coup de couteau. La tumeur, du volume d'un gros pois, de forme sphérique, fut ouverte et l'artère liée à ses deux extrémités.

b. *Tumeurs érectiles*. — Fano en a rassemblé huit observations. La tumeur, dont le volume varie, peut acquérir un développement assez considérable pour remplir toute la bouche. De forme arrondie, elle est parcourue à sa surface par des veines dilatées. Quoique généralement non fluctuante, elle a pu parfois donner lieu à une erreur de diagnostic et simuler un abcès que le chirurgien a ouvert. Le traitement de ces tumeurs a consisté dans l'incision suivie d'une cautérisation par le fer rouge.

c. *Kystes*. — Saucerotte, de Lunéville, a publié un fait unique de kyste du volume d'un demi-œuf de pigeon, contenant une sérosité jaunâtre. La tumeur guérit par la ponction suivie d'une injection de teinture d'iode.

d. *Adénomes*. — Les adénomes, relativement assez fréquents au voile du palais, paraissent très-rare à la voûte osseuse. Nous n'en connaissons qu'un seul exemple dû à Letenneur (de Nantes) (3). La tumeur, très-volumineuse et couvrant la moitié droite de la voûte palatine, présentait les caractères cliniques des adénomes du voile du palais. L'énucléation en fut très-facile.

e. *Fibromes, myxomes*. — Panas (4) a rapporté un exemple de tumeurs fibreuses multiples de la voûte palatine.

On peut rapprocher de cette observation celle que Elie Politis (5) a publiée en 1857 et qui se rapporte à une tumeur d'un rouge bleuâtre, mamelonnée, occupant tout le côté gauche et la moitié du côté droit de la voûte palatine et qui se fixait par un pédicule étroit derrière la dernière molaire gauche. La tumeur adhérait encore en avant dans une étendue de 7 à 8 millimètres, derrière l'arcade dentaire. Sa surface était dure et

(1) *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais*. Thèse de concours, 1857.

(2) *A System of Surgery*, vol. II, p. 482.

(3) *Journ. de méd. de l'Ouest*, 30 avril 1870, et *Archives génér. de médecine*, 1871, vol. I, p. 528.

(4) *Bulletin de la Société de chirurgie*, mars 1867 et mars 1870.

(5) *Gaz. méd.*, 1857, p. 74.

dans quelques points sa consistance osseuse. L'ablation en fut assez facile. Deux autres faits analogues sont cités dans la thèse de Fano.

Enfin Bryant (1) a rapporté un cas de *myxome* qui couvrait la totalité de la voûte palatine et qui fut extirpé avec succès.

f. *Tumeurs syphilitiques*. — Les *gommes* ne seraient pas rares à la voûte palatine d'après la plupart des auteurs. Je suis porté à croire que cette assertion est pour le moins très-exagérée. Les tumeurs manifestement syphilitiques de la voûte palatine qui se présentent avec les caractères connus des *gommes*, qui ne tardent pas à se ramollir et à s'ulcérer, laissant à nu les os sous-jacents et se terminant généralement par nécrose et perforation, sont pour la plupart, selon moi, des ostéo-périostites consécutives à un ozène.

Chassaignac a appelé l'attention sur une *exostose* qui se développe sur la ligne médiane du palais et qu'il désigne pour ce motif sous le nom d'*exostose médio-palatine*. D'après ce chirurgien, cette tumeur annoncerait constamment l'invasion de la période tertiaire de la syphilis. Mais cette proposition est beaucoup trop absolue, et on s'exposerait à de graves erreurs en déclarant syphilitiques tous les individus porteurs de cette exostose médio-palatine qui, chez certains sujets, paraît simplement constituer un vice de conformation.

### 3° Ulcérations.

On peut rencontrer à la voûte palatine des ulcérations *syphilitiques*, *scrofuleuses* et *cancéreuses*. Comme elles sont rarement limitées à la portion osseuse de la voûte et qu'elles se présentent d'ailleurs avec les mêmes caractères que celles du voile du palais, nous les étudierons en même temps que ces dernières.

## ARTICLE III.

### VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DE LA VOUTE PALATINE.

A l'occasion des vices de conformation des fosses nasales et des anomalies générales des dents, j'ai signalé une disposition vicieuse de la voûte palatine, désignée par les auteurs anglais sous le nom de *Vshaped maxilla*, et qui consiste dans une voussure exagérée du palais, d'où résulte un défaut d'étendue en hauteur des fosses nasales qui oblige les sujets à respirer constamment la bouche ouverte. Cette malformation congénitale, contre laquelle la chirurgie est presque impuissante, m'a semblé prédisposer au catarrhe chronique des fosses nasales, et s'accompagner fréquemment d'hypertrophie des amygdales.

(1) *Guy's Hospital Reports*, 1869.

## 1° Perforations.

On doit distinguer deux sortes de perforations de la voûte palatine : les *perforations accidentelles* et les *perforations congénitales*. L'étude de ces dernières se rattache par un grand nombre de points à l'histoire du bec-de-lièvre, et le lecteur devra se reporter aux pages qui traitent de ce vice de conformation.

La plupart des travaux qui ont été publiés sur les perforations du palais ont trait à la thérapeutique. Nous indiquerons seulement les suivants qui résument d'une façon très-complète l'état de la science.

BAIZEAU, *Mém. sur les perforations et les divisions de la voûte palatine* (Archives génér. de méd. Décembre, 1864). — ROUGE, *L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais*. Paris, 1874. — BEDEL, *Des perforations traumatiques de la voûte palatine et de leur traitement*. Thèse de Paris, 1872. — CHRÉTIEN, *Des fissures congénitales de la voûte palatine et de leur traitement*. Thèse de Paris, 1873.

Les *perforations accidentelles* de la voûte palatine reconnaissent un grand nombre de causes : nous venons de voir qu'elles peuvent succéder à une *lésion traumatique*, ou bien à une *nécrose partielle* de nature syphilitique ou scrofuleuse. Certaines opérations chirurgicales laissent aussi à leur suite une ouverture parfois permanente du palais : nous citerons entre autres la résection partielle ou totale du maxillaire supérieur, l'ablation d'une tumeur palatine, ou encore l'enlèvement des polypes naso-pharyngiens, suivant le procédé de Nélaton. Enfin, on n'a pas oublié que les tumeurs du sinus maxillaire ou des fosses nasales viennent parfois faire issue dans la bouche après avoir détruit et perforé les os de la muqueuse du palais. De toutes ces causes, la syphilis est incontestablement la plus fréquente, et nous avons dit déjà que les perforations qu'elle provoque ont habituellement leur siège sur cette portion de la voûte qui répond aux apophyses palatines, tantôt sur la ligne médiane, tantôt sur les parties latérales.

Ovales, elliptiques ou circulaires, elles ont parfois la forme d'un entonnoir dont l'orifice étroit s'ouvre dans les fosses nasales, et la partie évasée du côté de la bouche. Leurs dimensions sont naturellement très-variables ; leurs bords, généralement amincis, adhèrent aux os, excepté cependant dans certains cas de carie ou de nécrose où ils apparaissent décollés et recouverts de fongosités saignantes.

Quant aux *perforations congénitales*, mieux nommées *fissures congénitales du palais*, nous nous en sommes déjà occupés à l'occasion du bec-de-lièvre qui souvent existe simultanément avec elles, et nous avons suffisamment insisté sur les causes productrices de ces vices de conformation pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Nous nous bornerons à rappeler que la *fissure* peut : 1° être *unilatérale*, *bilatérale* ou *médiane*; 2° occuper la totalité de la voûte palatine, ou

une partie seulement, en avant ou en arrière ; 3° s'accompagner ou non de la division partielle ou totale du voile du palais. Les figures 181,

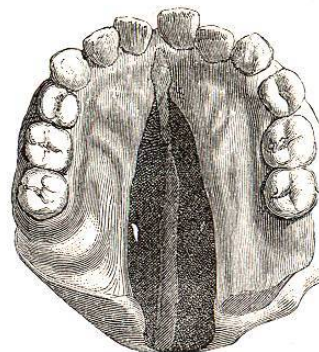


FIG. 181. — Division médiane du palais.

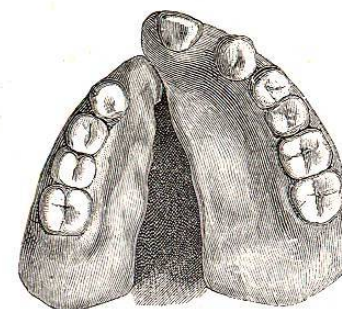


FIG. 182. — Division latérale droite du palais.

182 et 183 représentent quelques-unes des principales formes des fissures congénitales du palais. La figure 184, empruntée à Rouge, est intéressante

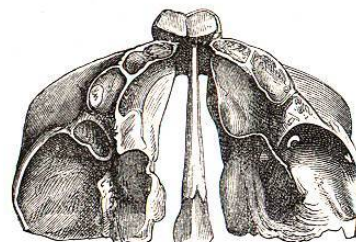


FIG. 183. — Division bilatérale complète du palais (fœtus de sept mois).

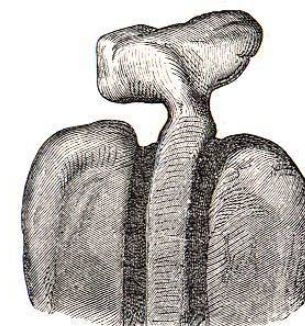


FIG. 184. — Division de la voûte palatine avec excès de développement du vomer et des os incisifs.

sante en ce qu'elle semble confirmer une théorie émise par le professeur Grohe (1) sur la genèse des divisions congénitales du palais. On sait, en effet (voy. *Bec-de-lièvre*, p. 635), que les divisions congénitales des lèvres et du palais sont considérées comme le résultat d'un arrêt de développement. Selon Grohe, les fissures palatines seraient parfois dues à un excès de développement des os de la base du crâne ; le vomer hypertrophié ferait obstacle à la réunion osseuse sur la ligne médiane et pousserait en avant l'os intermaxillaire.

Quelles que soient la forme et les dimensions de la perforation congé-

(1) Cité par Rouge. De l'uranoplastie, p. 6.