

Traitement. — Il est palliatif ou curatif.

a. Traitement palliatif. — Il consiste dans l'emploi des obturateurs et des voiles du palais artificiels pour combler la perte de substance. On divise généralement, avec les auteurs du *Compendium*, les obturateurs en deux groupes, suivant qu'ils sont fabriqués par le malade lui-même, ou qu'ils sont dus aux fabricants d'appareils. Les obturateurs imaginés par les malades sont composés de mie de pain, d'éponge, de cire, de liège. Ils ne conviennent qu'aux perforations de très petites dimensions. Les obturateurs proprement dits sont très nombreux; ils ont été divisés par Sédillot en quatre classes : 1° les obturateurs à ailes, formés d'une plaque palatine, surmontée d'un pivot et de deux ailes qui s'abaissent au moyen d'une vis sur le plancher des fosses nasales, de manière à maintenir en place l'appareil; 2° les obturateurs à verrous, dans lesquels les plaques sont remplacées par un verrou qu'on fait mouvoir sur le plancher des fosses nasales; 3° les obturateurs à chapeau (Sédillot), dans lesquels la plaque palatine est surmontée par un cylindre creux qui pénètre dans la perte de substance, dont il mesure exactement la largeur. Tous ces obturateurs ont pour inconvénient d'avoir une partie de l'appareil pénétrant dans la perforation, et empêchant sa cicatrisation; 4° les obturateurs à plaques échappent à cet inconvénient. Ils consistent en une large plaque qui obture la perforation en la recouvrant et sans y pénétrer.

b. Traitement curatif. — On a pensé qu'il suffisait d'opérer le bec-de-lièvre ou la fente palatine par la staphylorrhaphie pour voir les lèvres de la fissure palatine se rapprocher et se souder entre elles. Il y a certainement là une grande exagération; car Chrétien, qui rapporte dans sa thèse ses recherches à cet égard, n'a trouvé que deux faits dans lesquels ce résultat ait été obtenu. Déjà cependant nous avons dit que, si l'opération du bec-de-lièvre ne doit pas par elle-même être trop compliquée, l'existence d'une fissure palatine est une raison pour ne pas trop différer cette opération, qui peut avoir un heureux résultat sur le rapprochement des lèvres de la fente palatine osseuse. On peut en dire autant de la compression exercée sur les maxillaires au moyen des appareils, telle qu'elle a été conseillée par Levret, Autenrieth et Dupuytren. Elle peut amener une amélioration, mais bien rarement une guérison complète. Il est donc nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Deux méthodes ont été employées : la cautérisation et l'autoplastie. Mais la cautérisation n'a que des indications très limitées. Elle ne peut être appliquée que dans les cas de perforations étroites; pour la rendre plus efficace, Baizeau conseille de détacher en même temps les parties molles dans une certaine étendue autour de la perforation, de manière à favoriser leur rapprochement. Au voile du palais, J. Cloquet a conseillé aussi la cautérisation des petites perforations; on espère, par plusieurs cautérisations successives, obtenir la guérison par le mécanisme de la cicatrisation des plaies angulaires; la rétraction cicatricielle diminuant à chaque cautérisation nouvelle la longueur de la solution de continuité. Mais cette méthode ne s'applique qu'aux divisions peu étendues, et plus particulièrement aux divisions pathologiques. Dans l'immense majorité des cas, c'est à l'autoplastie qu'il faut avoir recours. A la voûte palatine, elle porte le nom d'uranoplastie; au voile du palais, elle constitue la staphylorrhaphie.

1° **Uranoplastie.** — Elle consiste à former aux dépens des parties molles de la voûte palatine des lambeaux qui sont appliqués au-devant de la solution de continuité, de manière à l'obturer, et maintenus en place par la suture. Elle comprend un grand nombre de procédés, qui ont été divisés en trois groupes :

a. Procédés par glissement. — Ils consistent à décoller la muqueuse de chaque côté de la division, puis à réunir ses bords par la suture, après avivement. Roux et Sédillot mirent successivement en usage ce procédé, mais ils échouèrent. Langenbeck y apporta une modification importante, en comprenant dans les lambeaux le périoste de la voûte palatine, et en prolongeant le décollement jusqu'aux arcades alvéolaires. Il obtint par ce procédé un succès complet.

b. Procédés par renversement. — Dans ce procédé, on taille sur les bords de la fente palatine un ou plusieurs lambeaux qu'on décolle par leur face profonde, puis qu'on renverse sur eux-mêmes de façon à tourner leur face muqueuse vers les fosses nasales, leur surface cruentée vers la bouche. Ce procédé comprend un très grand nombre de variétés sur lesquelles nous n'insisterons pas ici, et qu'on trouvera d'ailleurs exposées dans les mémoires de Baizeau et de Chrétien.

c. Procédés par déplacement latéral. — Ils consistent à tailler des lambeaux qui ne sont plus seulement amenés au-devant de la

fente par glissement, comme dans le premier procédé, mais qui sont rendus suffisamment mobiles pour pouvoir être facilement déplacés sans tiraillement, et venir pour ainsi dire d'eux-mêmes se placer au-devant de la fissure palatine, où ils sont maintenus par la suture. Tantôt les lambeaux que l'on dessine sont complètement libres en avant, comme dans les procédés de Botrel et de Roux; tantôt ils sont laissés adhérents en avant et en arrière à la voûte palatine, et libres par leur partie moyenne, ils sont soulevés en forme de pont. C'est à cette dernière manière de faire que l'on a recours aujourd'hui, et le procédé que l'on emploie mérite à juste titre le nom de procédé Baizeau-Langenbeck; il comprend de larges lambeaux latéraux, comme l'a indiqué Baizeau, et, dans ces lambeaux, le périoste de la voûte palatine, ainsi que l'a pratiqué le premier avec succès Langenbeck.

M. Lannelongue a imaginé un procédé particulier applicable aux fissures très larges, dans lesquelles le bord inférieur de la cloison fait une saillie marquée. Il est basé sur ce fait que nous avons déjà indiqué, savoir, que la muqueuse du bord libre de la cloison présente une épaisseur considérable. M. Lannelongue dessine donc un lambeau quadrangulaire aux dépens de cette muqueuse, le mobilise avec le périoste correspondant, l'abaisse et le maintient appliqué contre le bord externe de la fente palatine préalablement avivée par quelques points de suture. Ce procédé a donné entre les mains de son auteur trois succès.

2^o **Staphylorrhaphie.** — La suture d'une fente palatine fut pratiquée pour la première fois par un dentiste de Rouen, Lemonnier. Plus tard, Eustache (de Béziers) fut conduit à proposer la même opération dans un mémoire à l'Académie de chirurgie. Mais sa proposition fut repoussée. En 1816, Graefe (de Berlin) fit cette opération et obtint un succès; mais son procédé était défectueux, et plusieurs tentatives ultérieures, faites jusqu'en 1820, échouèrent. En 1819, Roux, qui n'avait pas eu connaissance de l'opération de Graefe, pratiqua sa première opération sur un jeune docteur américain, Stephenson; il mit en usage un bon procédé et eut du premier coup un succès; depuis lors cette opération, répétée un très grand nombre de fois par ce chirurgien, se vulgarisa rapidement. Les noms de Graefe et de Roux doivent donc être associés dans la découverte de la staphylorrhaphie.

L'opération se compose de l'avivement des lèvres de la fente et de la suture. Le passage des fils présente de grandes difficultés, et a donné naissance à un nombre considérable d'instruments. Le plus simple est l'aiguille du professeur Trélat. Nous renvoyons du reste, pour l'étude de l'opération, aux traités de médecine opératoire. Nous nous contenterons de dire que si les bords du voile palatin étaient trop tendus après la suture, on devrait y pratiquer des débridements latéraux, comme l'a conseillé Dieffenbach. On est allé beaucoup plus loin dans cette voie : Mason Waren a fait la section du pilier postérieur; Fergusson, celle des péristaphylins internes et des glosso-staphylins; enfin Sédillot a pratiqué la section des péristaphylins internes, les piliers antérieurs et postérieurs du voile. Mais de pareilles sections sont inutiles et même nuisibles, et les incisions latérales de Dieffenbach sont suffisantes.

Il est bien entendu qu'après l'opération un calme absolu doit être imposé aux malades; on leur défendra de parler; on ne leur permettra que des aliments liquides; toutefois il faut, dès les premiers jours, alimenter les malades, l'alimentation étant favorable au travail de la réparation et à la vitalité des lambeaux.

Un progrès considérable dans la pratique de ces opérations est dû à l'emploi du chloroforme, rendu possible par le procédé qui consiste à opérer les malades la tête tombante. De cette manière, on évite l'entrée du sang dans les voies aériennes, et on peut recourir à l'anesthésie. M. Trélat emploie aujourd'hui le chloroforme et cette position spéciale de la tête dans ses opérations.

Indications et contre-indications de l'autoplastie. — Ici, comme sur plusieurs autres points de la chirurgie, la lutte a été vive entre la prothèse et l'autoplastie. On a peine à comprendre tout d'abord qu'il en soit ainsi, tant l'autoplastie semble avoir d'avantages sur sa rivale. L'autoplastie, comme l'a dit au congrès de Genève, en 1877, M. Trélat, guérit sans appareils coûteux et pour longtemps. Les cas de destruction de la cicatrice et de récurrence sont rares. On peut ajouter que l'autoplastie guérit presque sans danger, car M. Trélat a pu opérer quarante-six malades sans avoir un seul décès, et Roux ne perdit son premier opéré qu'après sa cinquantième opération. La prothèse au contraire laisse persister une difformité qu'elle ne fait que pallier; elle oblige à porter constamment un appareil qu'il faut entretenir et renouveler. On ne comprend donc pas comment la lutte ait pu

se prolonger entre les deux méthodes. Cela tient à ce que l'autoplastie n'a pas toujours tenu ce qu'elle promettait : plus d'une fois, après s'être soumis à une opération, les malades ont été cruellement déçus dans leur attente, en voyant que chez eux la parole n'était en rien améliorée. Il faut en effet établir une distinction bien nette entre le résultat plastique de l'opération, qui peut être parfait, et le résultat fonctionnel, qui peut être nul ou, du moins, très insuffisant.

On a beaucoup discuté sur les causes de cet insuccès au point de vue fonctionnel : Passavant avait avancé que les troubles persistants de la phonation après la staphylorrhaphie tenaient à l'insuffisance de longueur du voile, qui ne pouvait se mettre en contact avec la paroi postérieure du pharynx. Mais Julius Paul, se fondant sur les cas de suture complète du voile du palais avec le pharynx, où l'on observe le nasonnement de la voix, a démontré que telle n'était pas la cause de l'imperfection des résultats. On a accusé aussi le défaut d'innervation du voile, le développement incomplet de ses muscles. Enfin M. Trélat incrimine surtout la brièveté de la voûte palatine et l'arrêt de développement des maxillaires supérieurs. Toutes les fois, dit-il, que la voûte et le voile sont trop courts, on nasonne toujours malgré l'autoplastie; mais la prothèse n'y peut rien non plus.

Mais, à côté de ces causes tenant au vice de conformation lui-même et expliquant, dans certains cas, l'imperfection des résultats, il en est une autre beaucoup plus générale, et qui, à cause de cela, mérite toute l'attention. C'est sur elle que M. Trélat a surtout insisté dans sa très importante communication à l'Académie de médecine en 1884. Cette cause, c'est le défaut d'exercice. Il est nécessaire que les sujets atteints de division palatine soient méthodiquement exercés à parler; suivant qu'ils auront été ou non soumis à des exercices méthodiques, on observera dans les résultats les différences les plus grandes. Si la prothèse a paru parfois obtenir l'avantage sur l'autoplastie, c'est que les sujets munis d'appareils prothétiques avaient été soigneusement exercés à la parole. On n'a pas oublié le fait de cet industriel qui, atteint d'une destruction complète du voile du palais, s'était construit un appareil à l'aide duquel il parlait fort bien; il vendit son secret fort cher à un dentiste; mais quand celui-ci voulut en faire l'application sur ses clients, le résultat fut déplorable. Tout le secret de l'industriel consistait dans l'éducation très soignée à laquelle il s'était soumis. Nous concluons donc avec M. Trélat : « Qu'il faut

soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opération, et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. C'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle. »

En résumé donc, l'autoplastie est la méthode de choix dans le traitement des fentes palatines; les indications de la prothèse se trouvent bornées aux cas dans lesquels l'autoplastie est impossible, c'est-à-dire dans lesquels la fente est trop considérable, l'atrophie des parties trop marquée pour qu'il soit possible d'y tailler des lambeaux. Mais reste une question de la plus haute importance, c'est celle de l'âge auquel il convient d'entreprendre l'opération. Avant l'emploi du chloroforme, on retardait l'intervention jusqu'à ce que les malades eussent assez de raison pour se prêter librement à une opération. Depuis lors, on a beaucoup avancé le moment de l'intervention opératoire, et l'on en est venu à opérer jusque dans les premiers mois. C'est là une erreur, l'opération présentant à ce moment de graves dangers; et ici encore nous concluons avec M. Trélat « qu'il ne faut pas faire d'opérations plastiques sur le palais avant l'âge de sept ans au minimum. Avant cet âge, elles sont dangereuses, compromises ou inutiles. »

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DES AMYGDALES.

I

AMYGDALITE PHLEGMONEUSE.

Bien que l'inflammation des amygdales appartienne à la pathologie interne, nous devons cependant consacrer ici quelques mots à l'amygdalite phlegmoneuse, tant à cause du traitement qu'elle nécessite que des graves complications auxquelles elle peut donner lieu.

Certaines personnes sont soumises à de fréquentes rechutes de l'amygdalite, et chez elles la maladie a tendance à prendre toujours la