

Du reste l'idée n'était pas nouvelle. C'est un chirurgien américain, RHÉA BARTON, qui le premier, en 1826, proposa de créer une nouvelle articulation dans les cas d'ankylose, BÉRARD, en 1837, fit remarquer que ce genre d'intervention conviendrait parfaitement à l'articulation temporo-maxillaire; mais sa proposition, bien que reprise par VELPEAU (*Médecine opératoire*, 1839), n'eut pas de succès.

CHAPITRE III

AFFECTIONS DE LA VOÛTE PALATINE, DU VOILE DU PALAIS ET DES AMYGDALES

§ 1^{er}. — Affections de la voûte palatine

Bibliographie. — MICHON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1852. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — PANAS, *Soc. de chir.*, 1867. — LETENNEUR, *J. de méd. de l'Ouest*, 1870.
Vices de conformation. — KRIMER, *J. de chir. de de Græfe*, 1827. — ROUX, *Quarante années*, etc., Paris, 1854. — BAIZEAU, *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1861. — LANGENBECK, in *Arch. f. Chir.*, t. II, 1861 et t. V, 1863. — SÉDILLOT, *Gaz. hebd.*, 1864. — PAUL, *Arch. de Langenbeck*, t. VII. — WEBER, in *Pilha et Billroth*, 2^e Lief, 1866. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1866 et *passim*. — EHRMANN, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXIX, 1869. — ROUGE, *Perforations du palais*, Lausanne, 1867. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1876. — VERNEUIL, *Mém. de chirurgie*, t. I^{er}, 1877.
Thèses de Paris. — 1857, FANO (Conc.). — 1871, FOGÈRE. — 1872, BEDEL. — 1873, CHRÉTIEN. — 1880, OTT. — 1883, FOURRIER (prothèse palatine).
Consulter les Articles des *Dictionnaires*.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VOÛTE

Les blessures de la muqueuse, rares d'ailleurs, n'offrent qu'un intérêt secondaire et se cicatrisent aisément. Si les traumatismes de la voûte elle-même sont peu communs, ils n'en ont pas moins une importance réelle parce qu'ils donnent assez souvent lieu à des perforations persistantes. Sauf un cas d'écartement des apophyses palatines du maxillaire dont parle MALGAIGNE, il s'agit toujours de fractures plus ou moins étendues, produites par des instruments piquants, comme chez le malade de BAIZEAU, qui était tombé sur un pieu, et beaucoup plus fréquemment par des projectiles à la suite de tentatives de suicide, ou de coups de feu tirés de haut en bas. LARREY, BAUDENS, BEDEL, OTIS, en rapportent des exemples intéressants. Si les lésions sont limitées, les suites ne sont d'ordinaire pas très graves, mais elles exposent aux perforations, par suite à des troubles fonctionnels sérieux. L'indication formelle sera de chercher à rapprocher les fragments de la voûte, et au besoin de les maintenir au moyen de sutures ou d'un appareil de soutien. La voûte est-elle fracassée, le chi-

urgien après avoir enlevé les dents déplacées, les esquilles libres, simplifiera le foyer dans la mesure du possible, prescrira un mode d'alimentation spécial en attendant qu'on puisse plus tard, soit par l'autoplastie, soit par la prothèse, remédier à la perte de substance.

2^o LÉSIONS PATHOLOGIQUES

Les ostéo-périostites de la voûte sont inflammatoires, tuberculeuses ou syphilitiques.

Les *ostéites inflammatoires aiguës* résultent des traumatismes ou de la propagation d'une périostite alvéolo-dentaire. Ces affections, très douloureuses en raison des adhérences et de la dureté de la fibro-muqueuse, aboutissent à la suppuration. L'abcès ainsi formé, toujours circonscrit, proémine vers la bouche ou dans les fosses nasales; son ouverture qui donne issue à un pus phlegmoneux soulage beaucoup. L'affection se termine suivant les cas par fistule, nécrose ou guérison. Il est indiqué d'ouvrir de bonne heure ces collections; à cet effet, on devra préférer les incisions antéro-postérieures pour éviter les artères.

L'*ostéite tuberculeuse*, assez rare, presque constamment propagée de la muqueuse des fosses nasales à la voûte palatine, succéderait à l'ozène.

L'*ostéite gommeuse* au contraire, relativement fréquente au palais, débute insidieusement par un ou plusieurs points de périostite gommeuse; ces gommes en se ramollissant, s'ulcérant, laissent l'os sous-jacent à nu et forment des fistules. Il en résulte des nécroses partielles faciles à produire en raison du peu d'épaisseur de l'os. Comme la même altération intéresse la muqueuse nasale, la chute du séquestre a pour conséquence une perte de substance qui s'accroît, tantôt circulairement, tantôt irrégulièrement. En admettant que la syphilis s'arrête dans sa marche envahissante, les altérations antérieures persistent quand elles ont une certaine étendue.

Le traitement consistera à ouvrir les abcès, à prescrire les toniques, s'il s'agit de tuberculés; enfin la médication spécifique jointe aux cautérisations locales, rendra de grands services dans l'ostéite gommeuse; si la perforation persiste, elle sera traitée par les moyens que nous exposerons plus loin.

3^o TUMEURS DU PALAIS

Les tumeurs de la voûte sont exceptionnelles; les angiomes, d'après les recherches de FANO, occuperaient le premier rang et auraient pu, dans plusieurs cas, acquérir un assez grand développement pour proéminer dans la cavité buccale et la remplir. L'incision et la cautérisation au fer rouge ont été conseillées contre ces tumeurs, qu'il sera souvent prudent de respecter.

La palatine postérieure droite a été deux fois le siège d'anévrysmes observés par TERLING, S. GROSS; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un officier qui avait reçu quelque temps auparavant un coup de couteau; la guérison de la tumeur, grosse comme un pois, fut obtenue par la ligature des deux bouts du vais-

seau. Enfin, DUBREUIL a plus récemment observé un autre anévrysme qui fut guéri par les injections de perchlorure.

Qu'on ajoute à ces faits un certain nombre de cas d'*adénome simple* ou *kystique* (S. GROSS), de *kystes séreux* (SAUCEROTTE), de *fibrome* (PANAS, POLITIS), de *myxome* (BRYANT), de *sarcome* (HEATH), de *kyste dermoïde* (CLÉRAULT), de *kyste dentaire* (MAGITOT), et l'on se fera une idée de l'extrême rareté des néoplasmes de la voûte. L'extirpation doit être la règle dans tous les cas.

4° PERFORATIONS ET DIVISIONS DE LA VOÛTE

La plupart des affections dont il a été question plus haut sont susceptibles de donner naissance à des perforations du palais; à côté de ces pertes de substance acquises, il en est d'autres congénitales liées au bec-de-lièvre compliqué et à l'absence de soudure des deux moitiés du voile.

Étiologie. — Les plaies de la voûte par armes à feu, lorsqu'elles ne se com-

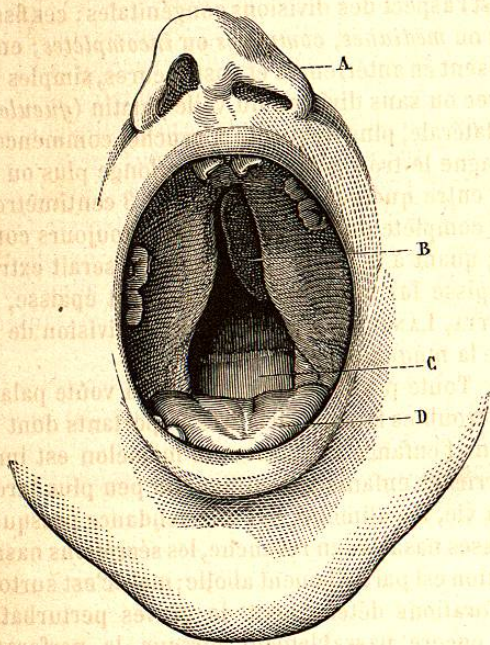


Fig. 153. — Division congénitale de la voûte et du voile du palais. Le bec-de-lièvre superficiel a été opéré à l'âge de six semaines.

blent pas par le rapprochement des lambeaux, aboutissent à la formation d'une perforation dont les dimensions varient beaucoup. De même, les nécroses partielles, syphilitiques ou tuberculeuses, en amenant la destruction d'une portion du palais, produisent une communication persistante et fort gênante entre la bouche et les fosses nasales. Enfin il faut se rappeler que la perfora-

tion du palais constitue un des temps de l'extraction des polypes naso-pharyngiens par la voie palatine.

Un certain nombre d'enfants naissent avec une division souvent jointe à une déformation notable de la voûte qui devient ogivale, surélevée, en quelque sorte privée de clef de voûte. Dans le but d'expliquer cette malformation rarement isolée, les auteurs ont fait intervenir les frayeurs de la mère pendant la grossesse, les adhérences des membranes de l'œuf, les maladies du fœtus, l'arrêt de l'ossification. Il existe certainement un arrêt de développement de la voûte par suite de l'insuffisance de prolifération des bourgeons latéraux et du bourgeon latéral supérieur destiné à former le vomer. De plus, l'hérédité ne serait pas étrangère à la production de cette anomalie.

Anatomie pathologique. — 1° *Perforations acquises.* A peine est-il besoin de dire qu'elles peuvent affecter des formes diverses; cependant les perforations syphilitiques, les plus communes, habituellement arrondies ou ovalaires, siègent vers la partie médiane et affectent la forme d'un entonnoir; leurs bords sont indurés, cicatriciels ou recouverts de bourgeons fongueux, suivant qu'elles tendent à la guérison ou à l'agrandissement (fig. 154).

2° Tout autre est l'aspect des divisions congénitales; ces fissures sont *unilatérales*, *bilatérales* ou *médianes*, *complètes* ou *incomplètes*; enfin les fissures incomplètes se divisent en antérieures et postérieures, simples ou compliquées de bec-de-lièvre, avec ou sans division du voile palatin (*gueule de loup*) (fig. 153).

La fissure unilatérale, plus fréquente à gauche, commence au niveau de l'incisive externe, gagne le trou palatin et se prolonge plus ou moins en arrière; sa largeur varie entre quelques millimètres et 3 centimètres. Dans le cas de fissure bilatérale complète ou incomplète, il y a toujours complication de bec-de-lièvre double; quant à la fissure médiane, elle serait extrêmement rare. La muqueuse qui tapisse les bords de la division est épaisse, richement vasculaire. TRÉLAT, NOTTA, LANGENBECK ont signalé la division de la voûte du palais sans altération de la muqueuse.

Symptômes. — Toute perte de substance de la voûte palatine, toute fissure s'accompagne de troubles fonctionnels très importants dont on se rend facilement compte. Dans l'enfance la succion du mamelon est impossible: d'où la nécessité de nourrir les enfants à la cuiller; un peu plus tard, comme à toute les périodes de la vie, les aliments ont une tendance presque invincible à pénétrer dans les fosses nasales; en revanche, les sécrétions nasales tombent dans la bouche. L'olfaction est partiellement abolie; mais c'est surtout dans la phonation que les perforations déterminent de graves perturbations. Si quelques malades parlent encore passablement lorsque la perforation a une petite étendue, beaucoup d'enfants qui ont de grandes fissures compliquées ne profèrent que des sons nasonnés, souvent inintelligibles; certaines consonnes sont absolument perdues. Il est bon cependant de noter que dans quelque cas, malgré des perforations étendues de la voûte en même temps que du voile, les malades peuvent manger; BERGER a présenté un cas de ce genre en 1880 à la Société de chirurgie; la phonation était seule altérée.

Sans doute, la nécessité rend très industrieuses les personnes qui sont atteintes de perforations; elles imaginent des moyens multiples pour obvier à tous

ces inconvénients; il n'en reste pas moins certain que cette infirmité gênante doit être traitée et que le médecin peut intervenir activement.

Traitement. — 1° *Indications.* — Les chirurgiens, depuis longtemps, cherchent à remédier aux perforations et aux divisions de la voûte par la prothèse

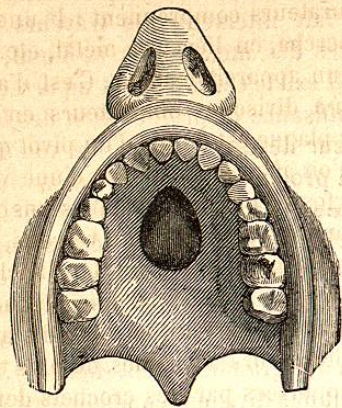


Fig. 154. — Perforation de la voûte du palais.

ou par des opérations autoplastiques. Les deux méthodes comptent des partisans convaincus; il est juste de reconnaître que depuis soixante ans, chirurgiens et artistes ont réalisé des progrès notables.

L'une et l'autre méthode présentent assurément leurs avantages et leurs inconvénients: on est généralement d'accord pour considérer la prothèse comme un pis aller; une bonne opération autoplastique ayant pour résultat l'occlusion de la perforation sera toujours préférable aux obturateurs, aux appareils compliqués. En effet ces derniers irritent les parties, agrandissent quelquefois les perforations, ébranlent les dents quand ils prennent point d'appui sur elles. Si nous ajoutons à cela leur prix assez élevé, la difficulté de se les procurer et même les dangers plusieurs fois signalés qui résultent de leur chute dans le pharynx et l'œsophage, on comprendra que leur emploi doit être restreint à des cas particuliers. Le chirurgien n'y aura recours qu'autant qu'une opération est impossible ou inefficace.

Dans les perforations accidentelles, le premier soin sera de s'assurer que l'affection qui leur a donné naissance est guérie, condition indispensable pour intervenir. Plus la perforation est étroite, plus les chances de guérison opératoire sont grandes et au delà d'une perte de substance d'un centimètre, il ne faut guère compter sur des résultats satisfaisants.

S'agit-il d'une division congénitale, la conduite du chirurgien variera suivant qu'il existe une fracture simple ou compliquée de bec-de-lièvre. La division est-elle simple, l'enfant vigoureux, mieux vaut intervenir de bonne heure; au contraire, dans les cas compliqués, on conseille d'opérer tout d'abord le bec-de-lièvre; cette seule opération exercerait déjà une heureuse influence sur la division palatine, et l'uranoplastie ne devra être pratiquée que de deux à quatre ans, la staphyloraphie de six à sept ans.

2° *Traitement palliatif; obturateurs.* — Mentionnons seulement les appareils primitifs et temporaires que les malades fabriquent eux-mêmes avec de la cire, du liège, du papier, de la mie de pain, etc.; bien qu'ils rendent assurément des services, ils n'en sont pas moins de beaucoup inférieurs aux instruments perfectionnés. Tous les obturateurs comprennent: 1° une plaque en caoutchouc, en vulcanite, en gutta-percha, en liège, en métal, etc., destinée à obturer la perte de substance; 2° un appareil fixateur. C'est d'après les ingénieux appareils de fixation qu'on a divisé les obturateurs en quatre classes: 1° Les obturateurs à ailes; leur plaque est munie d'un pivot qui porte à sa partie supérieure deux ailettes qu'on abaisse au moyen d'une vis de manière à les rabattre sur le plancher des fosses nasales. Quelques-uns ont la forme d'un double bouton de chemise. 2° Dans les obturateurs à verrous, la fixation est obtenue au moyen d'un verrou qu'on fait glisser sur le plancher des fosses nasales. 3° L'obturateur à chapeau est constitué par une plaque surmontée d'un petit cylindre qu'on introduit dans la perforation; des fils attachés aux dents servent à les fixer. 4° Les obturateurs à plaques ou plus exactement à crochets, consistent en plaques supportées par des crochets dentaires; leur principal défaut est d'ébranler les dents.

Des appareils très ingénieux ont été imaginés par PRÉTERRE, KINGSLEY, SÆRSEN, pour pallier aux inconvénients des vastes divisions congénitales de la voûte et du voile du palais; nous y reviendrons à propos des divisions du voile.

3° *Uranoplastie.* — Cette opération anaplastique convient également aux perforations étroites et aux divisions congénitales; les mêmes procédés sont, avec quelques modifications, applicables aux unes et aux autres. On emploiera avant tout la cautérisation des bords de la perforation, combinée avec la péritomie, opération qui rendra des services dans le cas de petites pertes de substance.

L'uranoplasie comprend trois procédés principaux.

1° *Procédé par glissement.* — Il consiste à décoller la muqueuse autour de la perforation et à suturer ensuite. Trois échecs entre les mains de ROUX, SÉDILLOT, HULKE, sont à peine compensés par un succès de LANGENBECK qui dut décoller la muqueuse jusqu'aux arcades dentaires.

2° *Procédé de renversement.* — KRIMER réussit à obturer une perforation en taillant des lambeaux latéraux et en les renversant de manière que la muqueuse palatine soit tournée du côté des fosses nasales; il les sutura ensuite; ce procédé a échoué plusieurs fois. On doit préférer l'opération de renversement conseillée et pratiquée avec succès par LANNELONGUE; un lambeau quadrilatère adhérent inférieurement est taillé sur la cloison des fosses nasales, rabattu de haut en bas, et suturé aux bords préalablement avivés de la perte de substance.

3° *Déplacement latéral.* — BAIZEAU, LANGENBECK, conseillent d'aviver les bords de la perforation et d'inciser d'avant en arrière la fibro-muqueuse suivant le diamètre du trou sur une longueur d'un centimètre; dans un second temps deux incisions latérales sont pratiquées de chaque côté des arcades dentaires. Le décollement du pont membraneux ainsi délimité et la suture des lèvres mé-

dianes constituent les deux derniers temps de cette opération qui compte d'assez nombreux succès.

ROSE, dans un cas où l'uranoplastie classique n'était pas possible, eut l'idée de prendre un lambeau de la muqueuse des lèvres et de le porter en arrière, pour combler la perte de substance.

Résultats. — L'uranoplastie corrige ordinairement la plupart des troubles fonctionnels, cependant il n'est pas rare de voir la parole rester défectueuse, le timbre de la voix nasonné. Cela tient en partie aux vices de conformation des fosses nasales généralement trop étroites. PASSAVANT a obtenu un certain nombre d'améliorations après l'uranoplastie en suturant le voile du palais au pharynx pour l'allonger; nous reviendrons sur ce point à propos de la staphyloraphie.

§ 2. — Affections du voile du palais

Bibliographie. — *Tumeurs.* — COYNE, *Gaz. méd. de Paris*, 1874. — DESPRÈS, *Soc. de chir.*, 1874. — BRYANT, *Med. Times a. Gaz.*, 1872. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1877, p. 714. — DUBREUIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1883.

Thèse de Paris. — 1883, MORMICHE. — 1875, PYTHON. — 1880, OTT.

Thèse de Montpellier. — 1878, BARRIÈRE.

Ulcérations. — FOUGÈRES, *Th. de Paris*, 1871. — ISAMBERT, *Soc. méd. des Hôp.*, 1871, p. 107. — VERNEUIL, in *Arch. gén. de méd.*, 1865, V. 2, p. 422. — SPILLMANN, *Th. agrég.*, 1878. — KUNNER, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1881, n° 20. — BOUISSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1846. — PARMENTIER, *Ibid.*, 1856.

Divisions et perforations. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, t. VIII, p. 460 et 2^e série, t. X, p. 402, et t. VI, p. 577. — LIÉGEAIS, *Ibid.*, t. VI. — PASSAVANT, in *Arch. gén. de méd.*, 1865, t. 1^{er}, p. 55. — TRÉLAT, Congrès de Genève, 1877. — PRÉTERRE, *Traité des divisions de la voûte et du voile*, Paris, 1867. — BILLROTH, in *Arch. de Langenbeck*, t. X, 1867. — EHLMANN, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXIX, 1869. — VERNEUIL, *Chir. repar.*, t. 1^{er}, p. 490. — BERGER, *Soc. de chir. de Paris*, 1880. — CHABRUN, *Th. de Paris*, 1879.

1^o PLAIES ET INFLAMMATION

Les plaies du voile du palais sont rares et offrent peu de particularités dignes d'attirer l'attention; en général elles se réunissent facilement et ne donnent lieu à des pertes de substance qu'autant qu'elles sont étendues ou intéressent le bord libre de l'organe. Dans ce dernier cas les lèvres de la solution de continuité tendent à s'écarter; il peut en résulter une division acquise, des adhérences latérales anormales qui nécessitent parfois l'intervention chirurgicale et la suture. BÖCKEL (*Soc. de chir.*, 1879) a conseillé de substituer à l'incision médiane du voile du palais une incision transversale pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la méthode palatine. Cette plaie se réunirait facilement sans inconvénients. WEISS (de Nancy) a pratiqué cette incision avec succès.

Les inflammations du voile, très variées, sont du ressort de la pathologie interne et appartiennent à la classe des angines. Un certain nombre d'entre

elles aboutissent à la suppuration, donnent naissance à des abcès qui doivent être ouverts afin de soulager les malades et de diminuer la gêne de la déglutition, de la respiration, de la phonation. L'hypertrophie de la luette; son prolapsus provoquent de l'irritation réflexe du larynx et quelquefois de la toux; en pareille circonstance, après avoir essayé les poudres astringentes, les insufflations alunées, les cautérisations au nitrate d'argent, il sera indiqué d'exciser l'organe en ayant soin de couper en deux temps la muqueuse et le muscle, sous peine de voir ce dernier faire hernie au dehors et retarder la cicatrisation de la plaie.

2^o TUMEURS DU VOILE

Nous nous bornerons à signaler quelques variétés de tumeurs exceptionnelles et qui offrent peu d'intérêt; tels sont les *polypes muqueux* pédiculés qu'il faut exciser en raison de la gêne qu'ils déterminent, les *calculs* dont on ne connaît que trois exemples, et qui selon toute probabilité prendraient naissance dans les glandules de la muqueuse. BRYANT rapporte qu'il a enlevé en 1872 une *tumeur fibreuse* du voile du palais grosse comme une noix; il avait fait préalablement la trachéotomie et appliqué la canule à tampon de Trendelenburg, pour éviter la suffocation. OTT (*Th. Paris*, 1880) mentionne un cas de lipome du voile, et LAGROUX (*Soc. anat.*, 1877) un kyste dermoïde. TRÉLAT (*Soc. de chir.*, 1877) a enlevé un adéno-chondrome.

Les *gommés* du voile, peu communes, évoluent comme les tumeurs du même genre, et laissent parfois après leur ulcération des perforations plus ou moins étendues.

Le *cancer primitif* du voile est beaucoup moins fréquent que le cancer secondaire propagé de la langue ou du pharynx (CASELLI); il s'agit dans ce dernier cas d'épithéliomes envahissants, interstitiels ou superficiels qui détruisent l'organe, amènent de graves hémorragies par ulcération des vaisseaux. Cette affection peut être confondue avec les lésions syphilitiques; l'efficacité du traitement spécifique pourra seule permettre de distinguer la véritable nature du mal. D'ailleurs le carcinome du voile du palais est au-dessus des ressources de l'art; on se bornera à soulager les malades, à éviter les accidents asphyxiques dont ils sont menacés.

Adénomes. — Ces tumeurs, signalées par MICHON, NÉLATON (1852), plus fréquentes que celles qui précèdent, ont été étudiées par LETENNEUR, COYNE. Elles prennent naissance dans les glandules de la partie inférieure du voile du palais et sur les parties latérales dans les couches sous-muqueuses.

Autrefois on en faisait de simples hypertrophies glandulaires, d'où le nom de tumeurs adénoïdes; COYNE y aurait trouvé les éléments du sarcome glandulaire; dans un cas de TRÉLAT, il s'agissait d'un adéno-chondrome; enfin l'adénome n'est pas toujours homogène dans toutes ses parties, et plusieurs auteurs auraient rencontré l'adénome kystique. Habituellement le volume de la tumeur n'excède pas celui d'une noix, il atteint rarement celui d'une petite orange. En se développant elle reste d'ordinaire unilatérale, et ce n'est que dans les périodes