

CHAPITRE XIII

MALADIES DU VOILE DU PALAIS.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU VOILE DU PALAIS.

Les *plaies simples* du voile du palais ne nous arrêteront pas longtemps. Elles sont rares, à cause de la situation profonde de cet organe dans la cavité buccale; et, d'autre part, elles n'ont d'importance pour le chirurgien que lorsqu'elles intéressent le bord libre. Dans ce cas, en effet, les deux lèvres de la plaie ont une grande tendance à s'écarter, et il importe de prévenir la cicatrisation isolée de chacune d'elles, et de tenter la réunion immédiate à l'aide de quelques points de suture métallique. Si, au contraire, le bord libre n'a pas été touché, il suffira de quelques cauterisations au nitrate d'argent pour amener la guérison.

Dans le cas de plaies étendues, accompagnées de pertes de substance et compliquées de lésions des parties avoisinantes, telles que les plaies produites par les armes à feu, on peut voir persister des perforations plus ou moins larges, ou des déformations du voile du palais dues à des cicatrices vicieuses ou à des adhérences anormales avec le pharynx.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU VOILE DU PALAIS.

1° Affections inflammatoires.

Les affections inflammatoires du voile du palais et de ses piliers appartiennent à l'histoire des angines et rentrent par conséquent dans le domaine de la pathologie interne. Nous mentionnerons seulement ici les *abcès* et le *prolongement hypertrophique de la luette*.

a. Les *abcès* du voile du palais ont en général pour cause, soit une carie des dernières molaires, soit une angine phlegmoneuse. Dès le début, la voix est nasonnée, la déglutition pénible et douloureuse, la respiration embarrassée. Ces symptômes s'accroissent davantage et l'anxiété du malade augmente jusqu'au moment où le pus est évacué par une ouverture spontanée ou artificielle. L'examen direct permet de reconnaître sur le voile lui-même ou sur l'un de ses piliers une voussure plus ou moins proéminente, dans le point qui correspond à la collection purulente; enfin, par l'exploration avec un ou plusieurs doigts portés dans la bouche, on peut s'assurer s'il y a de la fluctuation. Dès que celle-ci sera reconnue, il y aura tout avantage à inciser immédiatement l'abcès pour mettre fin aux

souffrances du malade. On se sert, pour cette petite opération, d'un bistouri dont la pointe seule est libre et dont on entoure la lame d'une bande de toile ou de diachylon, dans la crainte de blesser la langue ou les lèvres du patient.

L'*inflammation* de la luette n'est pas rare et coïncide généralement avec celle de l'arrière-gorge; elle disparaît par les mêmes moyens que l'angine.

Le *prolongement hypertrophique* de la luette (*chute* ou *prolapsus* de la luette) s'accompagne d'une augmentation de volume et d'un allongement de l'organe dont la pointe descend jusque sur la base de la langue et sur l'épiglotte; de là résultent des mouvements incessants de déglutition et des accès de toux.

Des gargarismes astringents, des insufflations d'alun ou de légères cauterisations au nitrate d'argent, suffisent contre l'engorgement récent de la luette; dans les cas rebelles, on a proposé l'excision d'une partie de l'organe, mais il ne faut pas oublier que cette petite opération peut être suivie d'une altération du timbre de la voix.

2° Tumeurs.

a. Les *gommes syphilitiques* ne sont pas rares au voile du palais et se présentent avec leurs caractères ordinaires. Nous n'avons pas à y insister.

b. On rencontre quelquefois sur le bord libre du voile du palais et au voisinage de la luette, ou même attachés à cet appendice, de petits *polypes muqueux*. Ceux-ci n'atteignent jamais un gros volume et sont fixés par un pédicule très-étroit et souvent fort long, ce qui leur permet de se déplacer facilement et de produire un chatouillement désagréable à l'isthme du gosier, d'où résultent des accès de toux, des envies de vomir. L'arrachement ou la section du pédicule se fait aisément.

c. *Tumeurs adénoïdes. Adénomes.* — Ces tumeurs ne sont bien connues que depuis peu d'années. Michon (1), un des premiers, appela sur elles l'attention des chirurgiens, en 1852, à propos d'une de ces tumeurs dont l'examen microscopique fut confié à Denucé et à Robin. La même année, Galliet et Bauchet (2) publièrent une leçon faite par Nélaton, à l'occasion d'une tumeur de ce genre. Après eux, Parmentier (3), Rouyer (4) et, plus récemment, Letenneur (de Nantes) (5), firent connaître de nouveaux faits.

La plupart des micrographes admettent que les tumeurs du voile du

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 4 janvier 1852.

(2) *Gaz. des hôp.*, 22 janvier 1852.

(3) *Gaz. méd.*, 1856.

(4) *Moniteur des hôpitaux*, 1857.

(5) *Journal de méd. de l'Ouest*, 30 avril 1870.

palais désignées sous le nom d'*adénomes* sont constituées par une simple hypertrophie glandulaire, dont elles présentent les caractères anatomiques (voy. *Adénomes*). Contrairement à cette opinion, le docteur Coyne (1) pense, d'après l'étude attentive de l'une de ces tumeurs enlevée récemment par Després, que ces tumeurs sont des *sarcomes glandulaires*.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs se rencontrent bien plus souvent sur le voile du palais que sur la voûte palatine; elles se développent presque toujours aux dépens des glandes de la muqueuse buccale, exceptionnellement aux dépens de celles de la muqueuse nasale. Leur siège de prédilection est donc bien plutôt la face inférieure que la face supérieure du voile, dans l'épaisseur duquel elles sont situées, tantôt à droite, tantôt à gauche, jamais sur la ligne médiane.

La marche de ces tumeurs est lente et insidieuse. Au début, elles passent souvent inaperçues parce qu'elles sont indolentes, et elles n'attirent l'attention du malade que lorsqu'elles ont acquis certaines dimensions. Leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse noix, ou d'un œuf de poule (Michon). Une des tumeurs enlevées par Leteneur était beaucoup plus considérable.

Lorsque ces tumeurs sont parvenues à un certain volume, on observe divers troubles fonctionnels : nasonnement de la voix, gêne de la déglutition, et parfois reflux des boissons par les fosses nasales; de même on comprend aisément qu'une tumeur volumineuse, occupant l'arrière-gorge, puisse déprimer la base de la langue, abaisser l'épiglotte et déterminer, surtout pendant le sommeil, des accès de suffocation.

A l'examen direct, et par l'exploration à l'aide des doigts portés dans la bouche, on constate que la tumeur est bosselée et arrondie, saillante du côté de la cavité buccale, indolente, nullement fluctuante, et sans adhérence avec la muqueuse qui la recouvre : sa base est ordinairement très-large, et tout à fait exceptionnellement pédiculée. Les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés.

DIAGNOSTIC. — L'élément le plus important du diagnostic est l'absence d'adhérences entre la tumeur et la muqueuse qui glisse aisément au devant d'elle et peut être plissée à sa surface; ce signe permettrait à lui seul de distinguer l'adénome des affections qui peuvent le mieux le simuler, comme les *tumeurs fibreuses* ou *cancéreuses* et les *gommes*. D'autre part, la marche lente de la maladie, l'absence de douleur, d'ulcérations, d'engorgement ganglionnaire, et les commémoratifs viendront confirmer le diagnostic. On pourrait peut-être, dans certains cas de tumeurs volumineuses, croire tout d'abord à l'existence d'une production fibreuse développée au niveau de la paroi postérieure du pharynx; mais il sera facile de s'assurer, au moment de la déglutition, que la tumeur se déplace et qu'elle accompagne le voile dans ses mouvements.

(1) *Gaz. méd.*, 1^{er} août 1874.

Le pronostic est peu grave : l'adénome n'altère pas la santé générale, et, après son ablation, il ne récidive pas. Cependant, il faudra dorénavant tenir compte des recherches récentes de Coyne et songer à l'existence possible d'un sarcome qui pourrait tout à coup prendre un développement considérable et envahir les parties voisines. On devra donc pratiquer le plus tôt qu'on le pourra l'ablation de la tumeur, sans attendre qu'elle gêne le malade par son volume.

TRAITEMENT. — La tumeur peut être enlevée avec le bistouri, ou détruite avec le fer rouge.

1° *Extirpation avec le bistouri.* — Une incision simple ou cruciale de la muqueuse, avec dissection des lambeaux, met à nu la face antérieure de la tumeur; l'énucléation s'achève à l'aide du doigt ou d'une spatule. S'il y avait un pédicule, il suffirait de le sectionner à sa base, ou de le détacher par deux incisions curvilignes. Un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer et, au besoin, une légère cautérisation au fer rouge, arrêteront l'hémorrhagie. Si la plaie est large, quelques points de suture métallique seront utiles pour assurer la réunion immédiate de ses bords.

2° *Cautérisation.* — Le cautère électrique, de préférence au cautère actuel, doit être porté, à plusieurs reprises et profondément, dans l'épaisseur de la tumeur. Ce moyen, plus long que le précédent, n'expose pas comme lui à l'hémorrhagie, mais il est plus douloureux.

d. *Cancer.* — Le *cancer primitif* du voile du palais est rare; et, en tout cas, le mal ne tarde pas à s'étendre aux parties voisines, aux amygdales, à la base de la langue, etc.

D'après les auteurs du *Compendium*, la forme épithéliale serait exceptionnelle, et la forme interstitielle presque seule observée.

Les divers symptômes ou troubles fonctionnels sont, au début, ceux de l'adénome ou de toute autre tumeur; mais, à une marche plus rapide, le cancer joint une grande tendance à détruire les tissus qu'il envahit, de telle sorte qu'on observera de bonne heure l'adhérence de la muqueuse, puis des ulcérations et des hémorrhagies, accidents qui ne se rencontrent jamais dans le cours du développement d'une tumeur adénoïde. A mesure que le mal continue ses progrès, le patient maigrit et s'épuise, et il finit par succomber, tantôt lentement, faute d'une alimentation suffisante ou à la suite de pertes de sang répétées, tantôt brusquement dans un accès de suffocation.

Les *tumeurs syphilitiques* seront aisément confondues avec le cancer du voile du palais, et, dans bien des cas, au début comme à la période d'ulcération, les commémoratifs et les effets du traitement par l'iodure de potassium pourront seuls trancher la question de diagnostic.

Le pronostic est d'autant plus grave que la chirurgie est impuissante à enrayer la marche du cancer comme à prévenir sa récurrence.

Le traitement du cancer du voile du palais est le plus souvent palliatif. Il est rare, en effet, que l'on soit appelé assez tôt pour pouvoir enlever

complètement le mal qui, d'ailleurs, ne tarde pas à se reproduire et à envahir des parties inaccessibles.

Le rôle du chirurgien doit se borner le plus souvent à atténuer les douleurs, à soutenir les forces des malades, à parer aux accidents et surtout aux hémorrhagies, à l'aide des moyens accoutumés. Parfois, cependant, l'intervention chirurgicale sera utile pour faire disparaître ou atténuer quelque trouble fonctionnel menaçant directement la vie. Ainsi il pourra devenir nécessaire de faire usage de la sonde œsophagienne pour alimenter le malade, ou de pratiquer la trachéotomie, pour lui permettre de respirer. Enfin, la destruction partielle de la tumeur, à l'aide du cautère électrique ou des flèches caustiques, pourra être indiquée pour faciliter la déglutition et la respiration.

e. *Calculs.* — C'est une affection rare et encore peu étudiée. Les calculs ont pour siège probable les glandules de la muqueuse du voile du palais; dans un des trois cas publiés jusqu'à ce jour, on ne trouva qu'un seul calcul (Krüger); dans les deux autres, il y en avait plusieurs (Auselmier).

3° Ulcérations.

Indépendamment des ulcères *cancéreux* dont nous venons de parler, on peut rencontrer au voile du palais des ulcérations *syphilitiques* et *scrofuleuses*.

a. *Ulcérations syphilitiques.* — Les *ulcérations secondaires* du voile du palais et de ses piliers sont très-communes, et les *plaques muqueuses* de la gorge sont assez connues pour qu'il soit inutile de les décrire.

Il n'est pas rare de rencontrer sur le voile du palais des ulcérations syphilitiques appartenant à la *période tertiaire*.

Celles-ci commencent le plus souvent dans la cavité naso-pharyngienne, occupant simultanément ou isolément la face postérieure du pharynx et la face supérieure du voile du palais, en sorte qu'elles peuvent d'abord passer inaperçues. Ces ulcérations se propagent à la fois en surface et en profondeur et ne tardent pas à devenir visibles en contournant le bord libre du voile ou en le perforant. D'après Paul (de Breslau), on pourrait soupçonner l'existence des ulcérations de la partie supérieure du voile du palais par l'apparition à la face inférieure de celui-ci d'une tache rouge qui correspond exactement à l'ulcération siégeant à la paroi supérieure. De plus, lorsque ces ulcères occupent une large surface, la tension du voile du palais est constamment accrue.

Les ulcérations syphilitiques du voile du palais entraînent souvent à leur suite des adhérences anormales des piliers ou du bord libre, ou bien des perforations plus ou moins étendues. Nous reviendrons sur ces difformités consécutives du voile du palais.

b. *Ulcérations scrofuleuses.* — Ces ulcérations ne sont bien connues que

depuis quelques années, grâce aux travaux de Bazin, de Constantin Paul (1) et d'Isambert (2). Nous en dirons quelques mots, surtout au point de vue de leur diagnostic et des conséquences qu'elles entraînent à leur suite.

Les ulcérations scrofuleuses de la gorge débutent généralement sur la paroi postérieure du pharynx et envahissent ensuite le voile du palais. Ce sont des ulcérations serpigineuses, à fond jaunâtre, sans profondeur, à bords non relevés, et entourées d'un mince liséré rouge violacé. Elles sont à peu près complètement indolentes.

Ces ulcérations s'étendent surtout en surface et détruisent moins en profondeur que celles qui sont dues à la syphilis. Cependant, il n'est pas rare d'observer à la longue une destruction plus ou moins étendue des piliers et du voile du palais, et consécutivement des cicatrifications vicieuses de ces parties et des adhérences avec la paroi postérieure du pharynx.

Les ulcérations scrofuleuses du voile du palais sont souvent confondues avec les ulcérations syphilitiques, et leur diagnostic présente quelquefois de sérieuses difficultés.

Indépendamment des renseignements fournis par l'examen des antécédents et de l'état actuel des malades (manifestations syphilitiques ou scrofuleuses), il est possible, dans la majorité des cas, de distinguer la nature de la maladie, d'après l'ensemble des symptômes objectifs.

Les ulcérations syphilitiques se reconnaîtront à leur forme plus ou moins arrondie, à leurs bords abrupts et quelquefois renversés en dehors, à leur fond grisâtre; tandis que les ulcérations scrofuleuses sont irrégulières, présentent des bords peu saillants, coupés obliquement et entourés d'un liséré rouge violacé. Le fond de l'ulcération scrofuleuse est aussi caractéristique; il offre une teinte jaunâtre, semblable à celle du tissu cellulo-adipeux; il est souvent couvert de gros bourgeons charnus, pâles ou légèrement jaunâtres.

Enfin les ulcérations scrofuleuses se font encore remarquer par leur indolence et par l'absence d'engorgement des ganglions cervicaux, tandis que les ulcérations syphilitiques s'accompagnent d'ordinaire de phénomènes douloureux du côté de la gorge et d'engorgements ganglionnaires.

Le diagnostic des ulcérations du voile du palais est surtout important au point de vue du traitement à instituer. Dans le cas d'ulcérations syphilitiques, les mercuriaux et surtout l'iodure de potassium suffiront à amener la guérison, tandis que ces mêmes moyens employés contre les ulcérations scrofuleuses seraient plutôt nuisibles.

Dans ce dernier cas, on prescrira les médicaments antiscrofuleux (huile de foie de morue, arsenicaux, quinquina, sulfureux, etc.), en

(1) Fougères, *Étude sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse*. Thèse de Paris, 1871.

(2) Isambert, *Soc. méd. des hôpitaux*, 25 novembre 1871.

même temps qu'on conseillera une bonne hygiène. Mais il sera le plus souvent nécessaire d'insister sur le traitement local et de modifier les ulcérations en les touchant avec la teinture d'iode, la solution d'acide chromique.

Enfin, dans certain cas où le diagnostic différentiel présente de grandes difficultés et où il semble que les ulcérations soient entretenues par une double diathèse, il sera bon d'associer ou de faire alterner les traitements antisyphilitique et antiscrofuleux.

Quant au traitement des difformités consécutives à ces ulcérations (*perforations, adhérences anormales*), nous en parlerons plus loin.

ARTICLE III.

DIFFORMITÉS ET VICÉS DE CONFORMATION DU VOILE DU PALAIS.

Les difformités du voile du palais sont *congénitales* ou *accidentelles*; parmi ces dernières nous aurons à étudier les *adhérences anormales du voile du palais et de ses piliers*, ainsi que *l'absence totale ou partielle de ce voile*. Nous décrirons simultanément les *perforations* accidentelles et congénitales.

1° Adhérences anormales du voile du palais et de ses piliers.

Il n'est pas rare d'observer, à la suite d'angines ulcéreuses, ces adhérences anormales qui ont été bien étudiées par le docteur Julius Paul (de Breslau) dans un mémoire traduit par le professeur Verneuil (1).

Sur 30 cas réunis par Paul, l'origine syphilitique des ulcérations de la gorge a pu être constatée au moins 26 fois; dans 3 autres faits, il semble que l'on ait eu affaire à une angine scrofuleuse; enfin, dans un cas, les ulcérations qui ont précédé l'adhérence du voile du palais étaient de nature diphthéritique. La syphilis est donc la cause la plus fréquente de la difformité que nous étudions, et il est inutile de dire qu'il s'agit toujours de manifestations tertiaires.

Rare dans l'enfance, l'adhérence anormale du voile du palais avec le pharynx s'observe surtout chez des adultes, et beaucoup plus souvent chez des individus du sexe masculin.

Dans trois cas, dus à Hoppe, Czermack et Coulson, il y avait soudure complète entre le voile du palais et la paroi pharyngienne, et par conséquent absence de communication entre la gorge et les fosses nasales. Mais le plus souvent il existe une ou plusieurs ouvertures, soit au niveau du bord libre, soit dans la continuité du voile du palais, ouvertures faisant communiquer les fosses nasales, le pharynx et la bouche. Enfin,

(1) *De l'adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx* (Archives gén. de méd., 1865, vol. II, p. 422).

dans quelques cas, l'adhérence du voile du palais n'a lieu que d'un seul côté.

Cette difformité entraîne constamment à sa suite divers troubles fonctionnels, tels sont : les changements dans le timbre et la clarté de la voix, une certaine difficulté dans la déglutition, une diminution du goût et de l'odorat, enfin quelquefois un certain degré de surdité.

La voix prend un ton nasillard, aussi bien dans les cas d'adhérences avec perte de substance du voile du palais que dans les cas où la soudure du voile avec le pharynx est complète (cas de Hoppe, Czermack et Coulson). Ce fait semble surprenant, attendu qu'on observe le même nasonnement de la voix dans des conditions diamétralement opposées, lorsque, par exemple, le voile du palais est largement fendu et que la communication entre les fosses nasales et le pharynx est considérablement élargie. L'étude de ces faits contradictoires a conduit Paul à émettre cette opinion que toute circonstance modifiant le calibre des cavités de renforcement de la voix change le rapport des volumes d'air mis en vibration, et produit ainsi le ton nasillard ou guttural de la voix. Ce phénomène ne dépend donc pas exclusivement de l'état de la cavité nasale, mais de l'état du voile du palais dont les mouvements règlent seuls les vibrations combinées des deux colonnes d'air existant dans les deux cavités bucco-pharyngiennes et nasales. On peut s'expliquer ainsi comment toute cause déterminant un trouble dans les mouvements du voile du palais s'accompagne de nasonnement de la voix.

Les troubles de la déglutition sont dus aux cicatrices qui gênent le jeu normal des muscles du voile du palais, et consistent surtout dans le reflux des aliments vers les fosses nasales, à moins qu'il n'y ait soudure complète.

Le goût et l'odorat sont aussi plus ou moins affaiblis, ou même complètement anéantis dans le cas de soudure complète du voile avec le pharynx. Dans ce dernier cas aussi la respiration nasale est impossible, et il en résulte un état de sécheresse très-incommode du fond de la gorge.

Enfin, lorsque les ulcérations qui ont été le point de départ des adhérences se sont étendues jusque vers les orifices de la trompe d'Eustache, on constate une surdité plus ou moins accusée.

Le traitement des adhérences anormales du voile du palais avec le pharynx est assez peu efficace. Il est d'abord très-difficile, sinon même impossible de les prévenir, en cautérisant avec soin les ulcérations et en favorisant à l'aide de moyens mécaniques leur cicatrisation isolée. Une fois les adhérences produites, il n'est pas aisé de les faire disparaître, et les opérations pratiquées dans ce but par divers chirurgiens n'ont fourni pour la plupart que des résultats très-incomplets.

2° Absence de la lucte et du voile du palais.

La lucte peut être détruite, soit par un traumatisme, soit par une