

ulcération syphilitique ou scrofuleuse. Cette difformité est sans importance et généralement exempte de tout trouble fonctionnel.

Il n'en est pas de même de l'absence totale ou partielle du voile du palais que l'on observe dans les mêmes circonstances. L'altération considérable de la voix, les troubles de la déglutition, les modifications dans les sens du goût et de l'odorat se manifestent à un haut degré, comme dans les perforations étendues de la voûte palatine. Nous n'avons pas à y revenir.

La chirurgie est impuissante à remédier à une semblable difformité, que l'on peut seulement pallier à l'aide d'appareils prothétiques plus ou moins compliqués.

3° Perforations et divisions.

Les perforations du voile du palais sont *accidentelles* ou *congénitales*. Les premières s'observent dans les circonstances que nous avons précédemment indiquées et succèdent à des lésions traumatiques ou à des ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses. Jobert (de Lamballe), cité par les auteurs du *Compendium*, a rapporté un fait de perforation médiane du voile du palais, survenue à la suite d'une rougeole.

Les perforations accidentelles peuvent occuper tous les points du voile du palais et siéger sur la ligne médiane ou sur les parties latérales. Elles sont plus ou moins étendues et de forme plus ou moins régulière. Leurs bords, généralement amincis, sont formés par du tissu cicatriciel.

Je dois mentionner une variété de fissure du voile palatin dont l'existence n'est peut-être pas encore suffisamment démontrée, et qui tiendrait le milieu entre les perforations accidentelles et les perforations congénitales. Je veux parler de division *spontanée* du voile du palais, survenue après la naissance et en dehors de toute cause pathologique appréciable. Chez une petite fille observée par le professeur Trélat (1), la partie médiane et antérieure du voile du palais était mince, tendue, blanchâtre comme une cicatrice, et au milieu de cette partie blanchâtre, juste derrière le bord de la voûte osseuse, il existait une fente en forme de grain d'avoine, longue de 1 centimètre et large de 3 à 4 millimètres, limitée par des bords très-minces. Or cette perforation n'existait pas au moment de la naissance, suivant l'affirmation catégorique de la mère, et c'est seulement au bout de quatre jours que celle-ci remarqua la présence d'un pertuis gros comme une tête d'épingle, et qui continua à augmenter jusqu'aux limites que nous avons indiquées.

Les divisions *congénitales* (*diastématostaphylie*) sont le résultat d'un arrêt de développement. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet qui a été suffisamment examiné à propos de la pathogénie du bec-de-lièvre (voy. p. 635).

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. VIII, p. 450.

Cette difformité se présente à l'état de simplicité ou de complication, suivant que la division anormale est limitée à une partie ou à la totalité du voile, ou suivant qu'elle s'accompagne de division de la voûte palatine osseuse et de division de la lèvre. Nous avons décrit précédemment ce vice de conformation complexe.

A son degré le plus simple, la division est bornée à la luette, ou s'étend en même temps au quart ou au tiers postérieur du voile du palais.

A un degré plus avancé, la fissure placée sur la ligne médiane occupe toute l'étendue du voile du palais qui se trouve ainsi partagé en deux moitiés égales. La division présente la forme d'un V dont le sommet regarde en avant, et dont les deux branches formées par des bords minces ou épais s'ouvrent en arrière. Tantôt l'écartement est peu considérable, et lorsque le malade cherche à exécuter un mouvement de déglutition, on voit les deux bords se rapprocher d'arrière en avant, et même arriver au contact à leur partie postérieure; tantôt l'écartement est énorme, les deux moitiés du voile complètement atrophiées et accolées contre les parois latérales du pharynx restent constamment séparées.

Enfin, par suite d'une atrophie complète, on peut constater l'absence congénitale de la totalité du voile du palais, comme dans un fait observé par Ancelet (1) sur un enfant d'un mois, d'ailleurs bien conformé, et chez lequel il existait seulement, de chaque côté de la langue et à la partie supérieure de la courbe formant le bord libre de la voûte palatine, deux petits tubercules latéraux, d'apparence charnue et du volume d'une grosse lentille.

Toute perforation du voile du palais entraîne à sa suite des troubles de la phonation, de la déglutition, de l'odorat et du goût, sur lesquels nous avons déjà plusieurs fois insisté. On conçoit seulement que ces troubles fonctionnels seront proportionnés à l'étendue de la perforation. Ils sont, en général, plus prononcés dans les cas de perforation congénitale que dans les cas de perforation accidentelle.

Il est parfaitement admis aujourd'hui que les divisions congénitales du palais, comme celles de la lèvre, peuvent se guérir durant la vie intra-utérine et se réunir par une véritable cicatrice. Mais il est encore douteux que cette guérison spontanée puisse se faire spontanément après la naissance. Cependant le professeur Trélat (2) a rapporté un fait qui semble en faveur de cette opinion. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, qui éprouvait depuis sa naissance des troubles de la phonation, qui même, selon son dire, avait le palais fendu, et chez lequel on trouvait une véritable cicatrice à peu près médiane du voile du palais. La voûte palatine osseuse était du reste mal conformée.

TRAITEMENT. — Il comprend des *moyens prothétiques* et des *moyens chirurgicaux*.

(1) *Bullet. méd. de l'Aisne*, 1867, n^o 2.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.* 2^e série, t. X, p. 402.

Les *obturateurs* appliqués aux perforations simples du voile du palais sont de médiocre utilité, et les inconvénients qu'ils présentent ne sont pas compensés suffisamment par les avantages résultant de leur emploi. Il n'en est pas de même dans les cas de perforation complexe affectant à la fois les portions osseuse et membraneuse de la voûte palatine. Dans ces cas, en ajoutant aux obturateurs du palais une sorte de voile élastique en caoutchouc ou en vulcanite, destiné à remplacer la portion membraneuse, on peut corriger en partie les troubles fonctionnels résultant de cette grave difformité. La figure 188, empruntée à Holmes, montre l'ob-

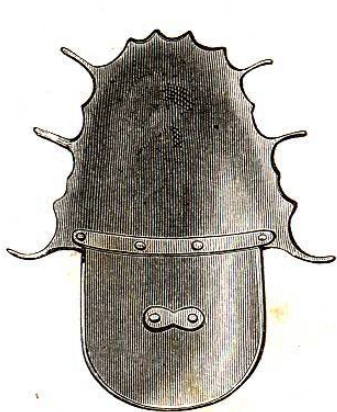


FIG. 188. — Obturateur.

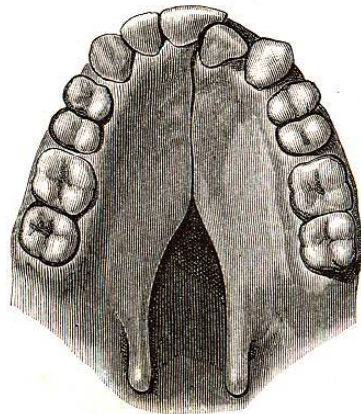


FIG. 189. — Fissure congénitale du palais.

turateur dont on a pu faire usage dans le cas représenté figure 189. Afin de donner de la mobilité à ce voile du palais artificiel et d'assurer sa coaptation exacte avec les bords du pharynx durant l'acte de la déglutition, la plaque de caoutchouc ou de vulcanite est maintenue dans un état de tension permanente par une spirale élastique (fig. 190).

Les *moyens chirurgicaux* trouvent surtout leur application dans les cas de perforations simples du voile du palais. On peut avoir recours alors soit à la cautérisation, soit à la staphylorrhaphie.

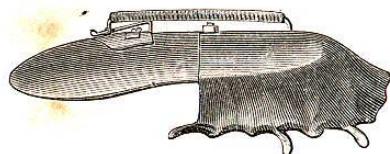


FIG. 190. — Obturateur représenté ci-dessus vu de profil.

1° *Cautérisation*. — Cette méthode convient surtout aux perforations accidentelles peu étendues; elle a été aussi employée, sans beaucoup de succès, contre les perforations congénitales.

J. Cloquet (1) a tenté de la remettre en honneur, en indiquant un nouveau mode de cautérisation. Il se sert d'un cautère électrique qu'il porte uniquement sur l'angle de la division; après la chute des eschares, les points cautérisés de chaque côté se réunissent, et quand la cicatrisation est achevée, on applique une seconde fois le cautère sur le nouvel angle de la division, et on répète cette petite opération, de loin en loin, aussi souvent qu'il est nécessaire pour obtenir la réunion des bords sur toute leur longueur.

Cette méthode est peu douloureuse, et applicable même sur de très-jeunes sujets; mais elle est longue, et, en cas d'échec, elle pourrait avoir l'inconvénient de produire une perte de substance du voile du palais.

2° *Staphylorrhaphie*. — Cette opération, pratiquée pour la première fois par Lemonnier, puis par de Graefe, en 1816, ne fut acceptée en France et répétée par les chirurgiens, qu'après qu'elle eut donné plusieurs succès entre les mains de Roux. Elle a subi, depuis ce temps, diverses modifications destinées à la rendre plus facile ou à mieux assurer son résultat.

La staphylorrhaphie comprend trois temps principaux: A, l'avivement des bords de la division du voile du palais; B, le passage des fils; C, la constriction des points de suture.

A. *Avivement*. — Le malade est assis sur une chaise, en face du chirurgien, la tête solidement appuyée sur la poitrine d'un aide placé derrière lui; la langue est abaissée avec le manche d'une cuiller ou avec un abaisse-langue.

Smith a imaginé un instrument qui peut être très-utile, surtout chez les jeunes sujets, pour maintenir la bouche largement ouverte. Cet instrument, représenté figure 191, est formé de deux tiges métalliques réunies en bas par une plaque qui repose sur la langue; chaque tige porte en son milieu une articulation qui permet de la redresser, et son extrémité supérieure, garnie de plomb, prend appui sur les dents. L'instrument est introduit fermé dans la bouche, puis les tiges, redressées à l'aide d'une clef ou d'une crémaillère, écartent les mâchoires; une courroie passant derrière la tête maintient l'appareil en place.

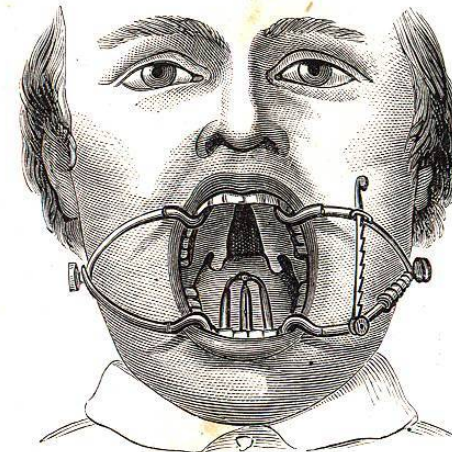


FIG. 191. — Écarteur de Smith.

Ces précautions prises, on procède à l'avivement. Pour cela, le chirur-

(1) Académie des sciences, 15 février 1855.

gien saisit avec une pince à griffes un des bords de la division, l'attire vers lui pour le tendre, puis à l'aide de ciseaux légèrement recourbés, il détache une bandelette de tissus sur toute sa longueur; la même opération est répétée sur l'autre bord.

Quelques chirurgiens remplacent les ciseaux par le bistouri, qui fait une section plus nette et se manie plus aisément dans la cavité buccale; d'autres commencent l'avivement avec des ciseaux et le terminent avec le bistouri.

L'avivement doit-il précéder ou suivre le placement des fils? Les avis sont encore partagés sur ce point : les uns conseillent de disposer d'abord les ligatures, pour n'être point gênés par un écoulement de sang abondant; les autres aiment mieux aviver dès le début, dans la crainte de couper plus tard les fils déjà placés. Ce dernier procédé nous semble préférable.

B. *Passage des fils.* — C'est le temps le plus difficile de l'opération, et, pour le mener à bonne fin, on a indiqué de nombreux moyens et proposé bien des instruments dont on trouvera la description dans les Traités de médecine opératoire. Nous nous bornerons à signaler le procédé de Bérard, qui pourra souvent être employé avec avantage.

Une petite aiguille courbe, munie d'un cordonnet plat et tenue avec une pince à pansement, est poussée d'avant en arrière, à travers le voile, à une petite distance de l'un des bords; un aide saisit avec une autre pince cette aiguille, dès qu'elle apparaît entre les deux lèvres de la division, et l'attire dans la bouche avec le cordonnet qui la suit. Cette manœuvre est répétée, sur le côté opposé et à la même hauteur, avec une seconde aiguille munie d'un fil double dont l'anse, ainsi portée derrière le voile du palais, reçoit le chef du cordonnet qui a déjà traversé un des bords; dès lors il suffit de tirer sur les deux chefs du fil pour entraîner le cordonnet à travers l'autre bord, d'arrière en avant. Si l'on a commencé

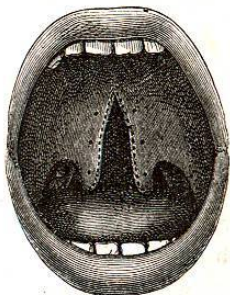


FIG. 192. — Disposition des points de suture dans la staphylorrhaphie.

par faire l'avivement, il ne reste plus qu'à nouer les ligatures.

Divers instruments, plus ou moins ingénieux et perfectionnés, ont été imaginés pour faciliter le passage des fils dans l'opération laborieuse de la staphylorrhaphie; nous ne les décrirons pas ici, parce qu'ils ne sont que rarement employés, et qu'ils ne donnent pas en réalité les avantages qu'ils semblent promettre.

D'ailleurs, à tous ces instruments, nous préférons l'aiguille courbée du professeur Trélat, que nous avons représentée précédemment et dont nous avons décrit le mode d'emploi si simple et si facile à l'occasion de l'uranoplastie. (voy. fig. 487, p. 839.)

Dans ces dernières années, on a substitué l'usage des fils d'argent très-

fins à celui des fils de soie ou de chanvre. Les sutures métalliques offrent, en effet, sur les autres l'avantage d'être très-bien supportées sans déterminer d'inflammation et d'être plus faciles à serrer.

Le nombre des points de suture varie nécessairement suivant l'étendue de la division. On les disposera à une distance suffisante comme le montre la figure 192.

C. *Constriction des points de suture.* — On commence par la suture inférieure. Roux faisait d'abord un nœud simple qu'un aide saisissait avec une pince à anneaux, pour l'empêcher de se relâcher; un second nœud, serré sur le premier, arrêtait la ligature, puis les deux chefs du fil étaient coupés.

De Graefe, puis Galli eurent l'idée d'engager les deux extrémités du fil dans un petit tube de plomb qu'on fait glisser jusqu'au voisinage des bords affrontés du voile du palais; écrasé et aplati avec des pinces, ce tube sert à fixer la ligature aussi solidement et plus sûrement que les nœuds. Les tubes de Galli sont surtout utiles lorsqu'on fait usage des fils métalliques; mais il est encore plus simple de pratiquer la torsion des fils soit avec une pince, soit avec le petit instrument appelé *serre-fils* ou *tord-fils* que l'on emploie dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Les fils seront enlevés vers le quatrième ou le cinquième jour; on commencera par détacher le point supérieur de la suture, puis les autres tour à tour les jours suivants.

Modifications de Dieffenbach, Fergusson et Sédillot. — Roux avait proposé déjà de faire au point d'union de la voûte et du voile du palais une incision horizontale pour éviter les tiraillements de la suture. Ce moyen est insuffisant, et Dieffenbach a conseillé avec plus de raison de pratiquer de chaque côté de la ligne médiane de longues incisions verticales, comprenant une partie de l'épaisseur du voile du palais.

Fergusson a tenté la section des muscles péristaphylins internes et palato-staphylins pour immobiliser le voile du palais et assurer le succès de l'opération.

Enfin Sédillot a érigé ces sections musculaires en principe. Il commence par couper le péristaphylin interne, de chaque côté, à 10 millimètres en dehors et au-dessus de la base de la luette, et les piliers antérieurs et postérieurs du voile, vers le milieu de leur hauteur; puis il procède à la staphylorrhaphie sur cet organe devenu immobile. La figure 193 montre les sections musculaires pratiquées selon la méthode de Sédillot.

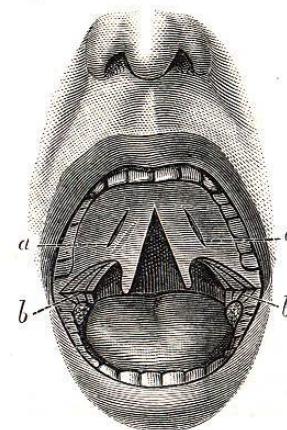


FIG. 193. — Procédé de Sédillot. — a, a. Section des péristaphylins internes. — b, b. Section des piliers antérieurs et postérieurs.

Il importe de nous arrêter quelques instants sur les résultats définitifs de la staphylorrhaphie. Depuis que cette opération est pratiquée avec succès, les chirurgiens ont remarqué que les individus atteints de fissures congénitales du palais conservent souvent, après la staphylorrhaphie la mieux réussie, un certain degré de nasonnement de la voix. Quelquefois même, les troubles de la déglutition étant corrigés, les malades ne retirent aucun bénéfice de l'opération, au point de vue de la phonation. La raison de ce fait a été diversement appréciée. Passavant (1), dans un mémoire que j'ai traduit dans les *Archives*, a cherché à faire prévaloir cette opinion que les troubles de la phonation qui persistent après la staphylorrhaphie sont dus à l'insuffisance de la voûte palatine et surtout du voile du palais qui, incomplètement développé, ne peut se mettre en contact par son bord postérieur avec la paroi pharyngienne. Pour remédier à cette insuffisance du voile palatin, le chirurgien allemand avait proposé une opération complexe (*pharyngo-staphylorrhaphie*) par laquelle il se proposait de souder le bord du voile du palais à la paroi pharyngée.

La doctrine de Passavant a été attaquée par Julius Paul (de Breslau), dans un mémoire déjà cité, et les arguments fournis par ce dernier me paraissent irréfutables. Julius Paul, rapportant les faits les plus contradictoires en apparence, démontre que le nasonnement de la voix se rencontre dans des conditions tout à fait opposées, aussi bien lorsqu'il existe une communication anormale entre les fosses nasales et le pharynx que lorsque cette communication est complètement fermée (soudure complète du voile du palais avec le pharynx). D'où l'on peut conclure que, dans la fissure congénitale du voile du palais, le nasonnement ne tient pas uniquement à la communication anormale des fosses nasales et du pharynx, mais à l'état de malformation du voile du palais, dont les mouvements ne s'exercent plus de manière à régier les vibrations combinées des deux colonnes d'air existant dans les fosses nasales et dans la cavité pharyngo-buccale. Or la staphylorrhaphie ne remédie qu'à une partie de la malformation, car la suture, qui ne peut modifier l'imperfection des muscles, place en outre le voile du palais dans un état de tension plus ou moins anormal.

Tout en admettant que là est en grande partie la cause de la persistance du nasonnement après la staphylorrhaphie, nous pensons que ce phénomène est très-complexe et qu'il faut tenir compte aussi de la brièveté du voile du palais, et souvent de la malformation de la voûte palatine osseuse qui est moins longue ou plus ou moins déformée, ainsi que le professeur Trélat l'a fait remarquer dans plusieurs communications à la Société de chirurgie.

De ce qui précède nous déduisons donc cette conséquence pratique

(1) *Sur les moyens de faire disparaître le nasonnement de la voix dans les fissures congénitales des portions osseuses et membraneuse du palais.* (*Archives gén. de méd.*, 1865, vol. I, p. 55.)

que la staphylorrhaphie a surtout chance de remédier au nasonnement de la voix lorsque la voûte palatine est bien conformée, lorsque la division, bornée à la partie membraneuse, n'est pas très-large et que les muscles du voile du palais semblent fonctionner normalement. Nous ajouterons que, dans ces conditions, on augmentera les chances de succès en opérant de bonne heure, vers l'âge de six à dix ans par exemple, avant que les sujets aient pris l'habitude d'une prononciation vicieuse, et enfin que les résultats seront encore rendus plus parfaits en soumettant les opérés, longtemps après l'opération, à des exercices vocaux sagement combinés. Liégeois (1) a insisté avec juste raison sur ce traitement consécutif.

CHAPITRE XIV

MALADIES DES AMYGDALES

Les affections des amygdales appartiennent pour la plupart au domaine médical, et c'est dans les livres de pathologie interne, qu'on trouvera tout ce qui a trait aux diverses formes d'*angine tonsillaire*. Nous nous bornerons à exposer ici les seules lésions pour lesquelles une intervention chirurgicale est parfois nécessaire, à savoir l'*amygdalite phlegmoneuse*, l'*hypertrophie des amygdales*, les *tumeurs* et les *ulcérations* de ces glandes.

1° Amygdalite phlegmoneuse.

Lorsque l'inflammation de l'amygdale a son siège dans le parenchyme même de l'organe et n'affecte pas la muqueuse seule, comme cela a lieu dans les angines érythémateuses, on dit qu'il y a *angine phlegmoneuse* ou *phlegmon tonsillaire*.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Dès le début d'une angine amygdalienne, il est parfois possible de prévoir qu'on aura affaire à la forme phlegmoneuse, surtout chez certains malades qui semblent avoir à cet égard une fâcheuse prédisposition. Non-seulement les phénomènes généraux qui se présentent avec une intensité inaccoutumée, mais encore les caractères de la douleur qui est gravative, l'œdème et le gonflement de la région qui sont très-considérables, la couleur de l'isthme du gosier qui devient violacée, doivent faire redouter la suppuration.

A un degré plus marqué que dans les angines tonsillaires simples, on observe un besoin incessant de déglutir accompagné d'une salivation exagérée, et il arrive parfois que les liquides refluent et par la bouche et par les narines. La respiration bruyante avec des accès de suffocation,

(1) *De l'influence des exercices vocaux sur les résultats de la staphylorrhaphie.* (Rapport de Trélat sur le mémoire précédent. *Mém. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 577.)