

contre, fait une saillie quelquefois considérable et soulève la lèvre supérieure.

La fissure *labio-palatine bilatérale* a complètement séparé les os incisifs des deux maxillaires. Elle s'étend d'abord jusqu'au conduit palatin, et de là se poursuit en arrière pour séparer complètement les apophyses palatines en laissant isolé le bord inférieur du vomer qui fait saillie au milieu d'une large perforation, marquant l'intervalle des deux fosses nasales désormais confondues avec la cavité buccale. Plus loin palatins et voile du palais se trouvent encore divisés, et il n'existe, on le voit, aucune séparation entre les fosses nasales, la bouche et l'arrière-gorge. Cet arrêt de développement complet de toute la voûte palatine a pris le nom de *gueule de loup*. Mais la division n'est pas toujours aussi étendue, elle peut s'arrêter avant d'arriver jusqu'au voile du palais et se présenter avec un écartement moins considérable des os désunis.

La conséquence immédiate de cette double fissure est, comme dans les cas précédents, un déplacement des os incisifs, qui subissent davantage l'effort de la langue et, ne se trouvant plus soutenus que par de très faibles adhérences, se projettent tellement en avant qu'ils ne constituent quelquefois plus qu'un lobule mobile et pédiculé. Les fosses nasales très élargies donnent à la physionomie une expression étrange : le nez est écrasé, aplati. La lèvre inférieure, plus que dans les variétés précédentes, fait une saillie pour aller à la rencontre de la division de l'autre lèvre et cherche à la combler. La langue elle-même présentera quelquefois une dépression, une sorte de sillon médian antéro-postérieur produit par la pression du vomer avec lequel sa face supérieure est alors en contact.

Une pareille difformité entraîne, on le comprend, des troubles fonctionnels sérieux; sans parler de la phonation qui se trouve directement altérée dès que les fosses nasales sont à un degré quelconque ouvertes par une fissure, la succion est la plupart du temps impossible, et presque tous les enfants meurent d'athrepsie rapide. On ne rencontre que peu de sujets atteints de bec-de-lièvre complexe bilatéral, ceux qui ont résisté à l'épreuve d'une alimentation difficile conservent des troubles fonctionnels divers : mastication, déglutition gênées, articulation des sons presque impossible.

La gravité de cette malformation augmente en raison directe des troubles fonctionnels qu'elle produit et des opérations plus sérieuses qu'elle nécessite.

Traitement. — Nous ne devons pas ici donner la description des procédés opératoires auxquels le chirurgien peut avoir recours pour corriger la difformité. Nous établissons seulement en principe que l'opération constituant un danger sérieux pour les très jeunes enfants ne doit être proposée que si le bec-de-lièvre, par les troubles fonctionnels qu'il produit, s'oppose à l'alimentation. Encore faut-il, pour

la rendre légitime, qu'il n'existe aucune tare, aucun signe indiquant un trouble profond de la circulation ou de l'innervation, enfin que l'opération indiquée reste dans des limites restreintes.

La règle est donc, après avoir vérifié l'état général et l'état local, d'observer le sujet pendant un temps nécessaire pour reconnaître s'il augmente régulièrement de poids; de s'assurer ensuite si le défaut de nutrition qu'on découvrirait ainsi tient à une difficulté de la préhension des aliments ou bien à une autre cause qu'on pourrait reconnaître et corriger de suite.

L'opération décidée ne devra guère, dans les premiers mois de la vie, dépasser l'avivement simple des lèvres pour fermer la fissure externe, qu'il s'agisse d'un bec-de-lièvre superficiel ou complexe. On ne devra opérer la fissure bilatérale que dans les cas où elle est limitée par des parties bien mobiles se prêtant à un rapprochement facile.

Le bec-de-lièvre complexe ne peut réclamer une opération définitive avant que l'enfant ait traversé les dangers de la première année. Tout au plus doit-on, par des pressions, par des bandages, chercher à réduire les saillies osseuses. Toute l'attention du chirurgien doit se concentrer sur les moyens d'assurer l'alimentation avant de tenter une intervention trop dangereuse pour la première enfance.

Pour les détails opératoires nous renvoyons aux traités classiques d'opérations qui, non seulement décrivent les procédés, mais encore en donnent une appréciation.

7° LÉSIONS DE LA VOÛTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Nous rapprochons l'étude de ces lésions de celle que nous venons de faire du bec-de-lièvre, car si elles n'ont pas toutes la même origine, leurs effets fonctionnels sont en partie les mêmes, division de la voûte ostéo-membraneuse et communication entre la cavité buccale et les fosses nasales.

A. — Lésions traumatiques.

1° Les *traumatismes* qui atteignent la voûte palatine ou le voile du palais proviennent d'ordinaire de projectiles qui pénètrent par la bouche ouverte ou qui sont la conséquence de tentatives de suicide. On a signalé des plaies par instruments piquants survenues dans des conditions analogues, et pour ma part je me souviens d'un jeune soldat qui, dormant en plein air, la bouche ouverte, fut piqué au voile du palais par une guêpe. Cette piqûre détermina un gonflement considérable et un petit abcès du voile.

Les plaies de la voûte, comme celles du voile, peuvent n'atteindre que les parties molles; il nous suffira de les indiquer, car ces lésions ne

présentent guère de difficultés, à moins toutefois que le voile ne soit divisé dans toute son épaisseur, auquel cas la contraction des péristaphylins externes tendra à écarter les bords de la division; nous reviendrons plus loin sur les conséquences de cette bifidité du voile. Quand les os de la voûte palatine sont brisés par un traumatisme, le nombre de leurs éclats est déterminé par la force dont est animé le corps vulnérant. Si la perte de substance est considérable, il devient impossible de rapprocher les fragments, et il en résulte une perforation plus ou moins grande qui persiste. S'agit-il au contraire du voile du palais, les conditions changent du tout au tout, car si dans la voûte osseuse les fragments peuvent être rapprochés sans difficulté, il n'en est plus de même des parties perforées ou dilacérées de ce voile membrano-musculaire qui, par l'action déjà signalée des péristaphylins externes, tendent au contraire à s'écarter l'une de l'autre.

Traitement. — L'indication formelle est de rapprocher les parties et de les coapter de manière à ce que leur cicatrisation se fasse régulièrement et oblitère la communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Il importe donc, quand il s'agit de la voûte osseuse, de débarrasser la plaie des esquilles mobiles, des dents ou des fragments de dents qui auront pu être entraînés, de remettre au moyen d'une sonde passée par les fosses nasales tous les fragments osseux en rapport et de surveiller la cicatrisation osseuse et fibro-muqueuse, sauf à intervenir plus tard, si une perforation persistait, par une opération d'uranoplastie.

Pour le voile du palais, au contraire, il faudrait, dès que les accidents de gonflement auront disparu, aviver le plus tôt possible le bord de la perforation ou de la rupture et tenter la réunion par staphyloraphie, bien que les cas de cicatrisation et d'obturation naturelle ne soient pas impossibles, alors surtout que la plaie n'est pas très étendue.

B. — *Lesions nutritives.*

2° La voûte palatine et le voile peuvent être le siège d'inflammation, mais la différence de leurs revêtements, périosto-muqueux pour le palais, simplement muqueux pour le voile, entraîne des différences dans l'évolution de ces lésions nutritives.

Pour la voûte palatine l'inflammation vraie est presque toujours reliée à l'extension d'une périostite alvéolo-dentaire; pour le voile elle se rattache aux différentes formes d'angines et d'amygdalites. La texture fibroïne, épaisse de la muqueuse palatine empêche le petit abcès qui se forme d'arriver facilement à l'extérieur et de se vider; aussi les filets du nerf palatin comprimés dans cette membrane dure, résistante, gonflée par l'inflammation, sont-ils le point de départ de douleurs vives et lancinantes qui cèdent aussitôt après l'ouverture spontanée ou chi-

urgicale de l'abcès. Ce petit phlegmon sous-périosté pourrait, si l'on n'intervenait hâtivement, amener une nécrose superficielle de la voûte; pour éviter ces nécroses palatines on devra inciser le plus possible en se rapprochant de la ligne médiane.

La muqueuse du voile, surtout celle qui tapisse sa face antérieure, est au contraire unie à l'aponévrose et aux fibres musculaires sous-jacentes par un tissu connectif lâche qui, sous l'influence d'une inflammation légère, se gorge de liquides, devient facilement œdémateux, fait gonfler la luette qui gêne alors la respiration, traîne sur le dos de la langue, peut chatouiller l'épiglotte et provoquer ainsi les réflexes des nausées et du vomissement. Quand l'inflammation est plus active, un vrai phlegmon se développe; rouge, livide, distendu et gonflé, le voile fait saillie en avant, se dévie vers le côté opposé à celui qui est enflammé et par son gonflement gêne la respiration et empêche la déglutition même des liquides.

Souvent l'abcès se vide naturellement et la cicatrisation en est rapide; d'autres fois, au contraire, alors surtout que le phlegmon est développé du côté de la face pharyngienne du voile, en arrière de l'aponévrose élargie du péristaphylin externe, il met un temps assez long à vaincre cette résistance fibreuse, et le devoir du chirurgien est d'intervenir en donnant issue au pus.

Les affectons inflammatoires de la voûte et du voile peuvent encore être sous la dépendance de lésions scrofulo-tuberculeuses ou syphilitiques, les accidents fonctionnels sont les mêmes; dans les cas de tuberculose, c'est presque toujours par extension des parties voisines que l'affection se propage à la région qui nous occupe. Les gommes syphilitiques sont assez fréquentes à la voûte palatine; elles s'ulcèrent, et déterminent une nécrose de l'os qui en s'éliminant établit une communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Cette perte de substance s'étend plus ou moins, persiste, entraîne le nasonnement de la voix et le passage de parcelles alimentaires dans les fosses nasales qu'elles irritent par leur présence. Presque toujours des accidents ulcératifs de même nature existent sur les cornets et les méats et entraînent la production de l'ozène syphilitique.

Sur le voile du palais, les accidents scrofulo-tuberculeux, tout comme ceux dus à la syphilis, déterminent surtout des ulcérations.

Les ulcérations *scrofuleuses* du voile sont superficielles ou profondes; dans le premier cas ce sont des érosions indolentes à fond jaunâtre, à bords livides faisant plus ou moins saillie au-dessus de la muqueuse, qui, irritée, détermine des accès de toux ou des efforts de vomissement destinés à la débarrasser des mucosités glaireuses, adhérentes qui y sont fixées. Quand, au contraire, les lésions scrofulo-tuberculeuses sont plus profondes, quand elles sont infiltrées dans les tissus fibreux ou musculaires, elles constituent des nodules acuminés, de couleur jaunâtre, qui

l'ulcèrent, se propagent aux muqueuses voisines, contractent des adhérences avec ces dernières, peuvent entraîner ainsi l'oblitération de la trompe et même se souder avec la paroi du pharynx en empêchant la libre circulation de l'air ; quand les adhérences ne sont pas aussi complètes, mais alors qu'elles gênent toutefois les mouvements normaux du voile, les aliments peuvent refluer vers les cavités nasales et la voix devient de plus en plus nasonnée.

Les ulcérations *syphilitiques* du voile sont très communes ; tantôt ce sont des érosions épithéliales analogues aux plaques muqueuses qui rentrent dans le cadre des accidents secondaires, tantôt ce sont des gommes qui, par leur développement lent et insidieux, ne gênent pas beaucoup le malade. Les gommes s'ulcèrent et perforent le voile ou le séparent en deux lambeaux suivant qu'elles se développent dans son milieu ou plus près de son bord. Ces perforations peuvent être uniques ou multiples ; elles tendent à s'élargir par suite de l'envahissement de l'ulcération aidée par la rétraction des fibres musculaires. Lorsque les bords de la luvette sont envahis, cet appendice peut même disparaître. Les ulcérations périphériques à la perforation peuvent, comme dans le cas de scrofulides, amener des adhérences aux parties voisines, trompes d'Eustache, face antérieure du pharynx, et entraîner le nasonnement, la gêne respiratoire, la surdité et le passage des aliments dans les cavités nasales. C'est la marche de l'affection et l'étude des antécédents qui permettent d'ordinaire de savoir à quelle espèce d'ulcération l'on a affaire.

Traitement. — Toutes ces ulcérations sont justiciables d'un traitement local et d'un traitement général. Le traitement local est à peu de chose près le même : qu'il s'agisse de scrofulides ou de syphilides, toujours il faudra exciter la plaie par des cautérisations locales destinées à l'amener à un bourgeonnement de bonne nature. Mais tous ces moyens n'auront qu'un effet relatif, palliatif tout au plus, si le traitement général, tonique, reconstituant dans le cas de scrofulides, spécifique dans le cas de syphilides, n'intervient pas.

Quand des adhérences cicatricielles sont produites, il faut tenter de les détruire, mais trop souvent les résultats sont des moins satisfaisants.

S'il existe des perforations de la voûte, du voile ou de tous les deux, on peut, après un traitement général long et prolongé, tenter les opérations d'uranoplastie ou de staphyloraphie, mais dans bien des cas, alors surtout qu'il ne s'agit que de la voûte palatine, il vaut mieux s'adresser aux obturateurs prothétiques dont nous dirons un mot plus loin.

C. — Lésions formatives de la voûte et du voile.

Les tumeurs de la voûte palatine sont fort rares. On y a signalé quelques *sarcomes*, quelques *fibromes*, des *adénomes* et un peu plus fréquemment des *angiomes* développés sur place ou étendus au palais après avoir pris naissance dans des régions voisines. Signalons enfin pour être complet la possibilité d'anévrysmes développés sur l'artère palatine.

Toutes ces tumeurs doivent être enlevées avec soin, les anévrysmes devront être traités par la ligature des deux bouts du vaisseau malade.

Les néoplasmes développés directement sur le voile sont des *fibromes*, des *lipomes*? affections des plus rares, des *polypes muqueux*, plus fréquents, analogues à ceux de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Les *gommes syphilitiques* du voile n'offrent rien de particulier, elles évoluent comme toutes les gommes mais déterminent par leur ulcération des perforations avec les accidents consécutifs de rétraction, de cicatrisation vicieuse, de passage des aliments dans les fosses nasales, de nasonnement de la voix et de gêne respiratoire que nous avons déjà décrits.

On a trouvé des *adénomes* du voile du palais ; ces tumeurs développées dans les glandes du voile peuvent offrir des variétés. Ce sont tantôt des *adéno-chondromes* ou des *adéno-sarcomes*, d'autres fois encore ce sont des *kystes* et enfin, dans quelques cas, on les a vus se transformer par calcification en véritables *concrétions calculeuses*.

L'*épithélioma* du voile est rarement primitif, il prend naissance sur les parties voisines, et envahit les éléments du voile du palais, souvent alors les artérioles voisines sont détruites par l'ulcération de la tumeur et déterminent des hémorragies d'autant plus graves que l'on ne saurait que bien difficilement agir directement sur les vaisseaux rompus.

Toute tumeur du voile du palais, de quelque nature qu'elle soit, amène des accidents de la déglutition, de la respiration et de la phonation, toujours aussi le voile est dévié vers le côté resté sain ; il nous suffit de rappeler ici ces accidents que nous avons décrits plus haut.

Disons encore que l'on a pris un anévrysme de la carotide interne pour une tumeur du voile, c'est par l'existence des battements, par l'étude de l'évolution de l'affection que le chirurgien évitera de tomber dans une erreur de ce genre.

En général, les tumeurs du voile du palais évoluent lentement, il n'en est pas de même de l'*épithélioma* infiltré parti des organes voisins, ou de l'*adéno-sarcome*.

Quoi qu'il en soit, il faut extirper la tumeur, en raison de la gêne respiratoire qu'elle occasionne. Lorsqu'il s'agit d'un *adéno-sarcome* il faut opérer de bonne heure.

Dans le cas d'épithélioma qui a gagné le voile du palais, tout traitement, toute opération même ne peuvent être que palliatifs.

3° *Perforation de la voûte et du voile du palais.* — Après ce que nous avons dit du bec-de-lièvre compliqué, nous n'insisterons plus sur les vices de conformation et nous ne nous occuperons ici que des perforations dues à des ulcérations ou à des néoplasies (1).

La communication anormale établie entre la bouche et l'arrière-cavité des fosses nasales par les perforations uniques d'ordinaire de la voûte palatine, multiples souvent du voile du palais, entraîne toujours les mêmes accidents fonctionnels que nous avons décrits en parlant des divisions congénitales. Toujours la déglutition, la phonation sont entravées, la voix est nasonnée, les parcelles alimentaires pénètrent dans les fosses nasales, peuvent y séjourner et déterminent les lésions irritatives que nous avons signalées plus haut. Ces conséquences, toujours incommodes, peuvent encore se compliquer quand, à la suite d'ulcérations, quelle qu'en soit la nature, le voile vient à contracter des adhérences au pourtour des orifices naturels voisins : le pharynx et la trompe d'Eustache. Dans ce dernier cas l'audition devient difficile, la surdité complète en est même la conséquence quand les deux pavillons tubaires sont oblitérés simultanément, tandis qu'elle se borne à une seule oreille alors qu'une seule trompe est fermée par ces adhérences.

Toujours, en pareil cas, une intervention active devient nécessaire. Elle pourra être purement palliative au moyen d'instruments, de plaques, d'obturateurs mécaniques plus ou moins étendus suivant les circonstances, ou bien encore elle pourra être chirurgicale et déterminer les différentes opérations d'uranoplastie et de staphyloraphie pour lesquels nous renvoyons aux traités de médecine opératoire.

Avant de comparer ces deux méthodes rappelons qu'alors qu'il s'agit de lésions syphilitiques, il importe, avant de rien entreprendre, de faire usage d'un traitement spécifique qui souvent suffit à lui seul pour amener l'obturation de perforations palatines de petite étendue. Ce ne sera que lorsque les bords de l'ulcération seront cicatrisés qu'il sera opportun de songer à combler les perforations.

Les appareils prothétiques que l'on fabrique aujourd'hui sont arrivés à une perfection relative telle que toujours ils donnent des résultats consécutifs supérieurs à ceux que l'on obtient par les autoplasties. A la suite de ces dernières opérations, alors même que la perte de substance est comblée, la rétraction cicatricielle produite sur la ligne médiane, ou sur les côtés quand on taille des lambeaux latéraux, entrave le jeu normal du voile, le rend plus rigide, le rétrécit, la voix reste nasonnée, et l'articulation des sons difficile. Les lames ou obturateurs prothétiques, à voile mobile, donnent de bien meilleurs résultats, ils ont

(1) Trélat a signalé un cas de division du voile arrivé spontanément après la naissance; je ne m'explique pas la manière dont elle a pu se produire.

toutefois l'inconvénient de leur prix relativement élevé qui ne les met pas à la portée de tous les malades.

8° MALADIES CHIRURGICALES DES AMYGDALES.

A. — *Lésions traumatiques.*

Bien que les amygdales semblent, par leur situation, devoir être facilement accessibles aux vulnérations produites par les corps étrangers introduits dans la bouche avec une certaine violence, ou imprudemment déglutis, l'examen attentif des faits recueillis démontre cependant que les traumatismes de l'amygdale sont chose rare.

Ce fait s'explique par cette notion anatomique, à savoir que les amygdales normales sont ordinairement cachées derrière les piliers du voile du palais et se déroberaient par conséquent en quelque sorte soit aux corps acérés qui s'aventurent du côté de l'isthme du gosier, soit aux corps plus ou moins mous ou contondants enfoncés de force par l'orifice buccal. Quant aux lésions traumatiques qui seraient le résultat d'une plaie profonde du cou, elles sont trop rares pour que nous puissions en faire ici l'histoire, et d'ailleurs leur importance s'effacerait complètement devant celle des organes atteints.

Il ressort de ce que nous venons de dire qu'un certain degré d'hypertrophie des glandes amygdaliennes prédispose naturellement aux blessures de ces organes. Aussi les piliers sont-ils plus fréquemment intéressés.

Dans quelques cas l'amygdale a pu être contuse par une tige de bois, de métal, d'ivoire, un tuyau de pipe, manche de porte-plume, crayon, soit que le malade soit tombé involontairement la face dirigée contre un plan résistant, soit qu'une main étrangère ait enfoncé brutalement le corps vulnérant vers le fond de la bouche.

Dans d'autres cas plus fréquents, les blessures de l'amygdale ont été déterminées par un corps pointu, et parmi ceux-là se placent en première ligne les arêtes de poisson qui peuvent se ficher dans l'organe et y rester jusqu'à ce qu'on les en retire.

Le traitement de ces diverses lésions de l'amygdale consistera dans l'extirpation du corps étranger lorsqu'il sera fixé dans l'amygdale et dans les gargarismes souvent répétés avec des liquides émollients en même temps qu'antiseptiques. C'est ainsi qu'on évitera la complication si fâcheuse de l'amygdalo-phlegmon.

B. — *Lésions inflammatoires.*

1° Amygdalite phlegmoneuse.

Le ganglion amygdalin avec son tissu réticulé, ses follicules clos et