

onze ans après la première opération, et cependant Pilliet a trouvé que c'était un adénome pur.

Les *trois couches musculaires*, que l'on peut diviser en supérieure, moyenne et inférieure, sont loin de présenter la même épaisseur, ainsi que le démontre la figure 107. Tout en attirant le voile en haut (péristaphylin interne) ou en bas (pharyngo et glosso-staphylin), les muscles exercent sur lui une certaine traction latérale, les fibres d'un côté se confondant sur la ligne médiane avec celles du côté opposé : il en résulte qu'après la division médiane du voile les deux moitiés s'écartent. Le même phénomène se produit dans la division congénitale du voile, à ce point qu'on serait tenté, dans certains cas, de croire à son absence.

Cette tendance à l'écartement des deux moitiés du voile est quelquefois assez forte pour décider des tiraillements sur les sutures et faire échec à la réunion : c'est ce qui décida Dieffenbach à pratiquer de chaque côté une incision libératrice parallèle à la suture, longue de 1 centimètre environ et comprenant toute l'épaisseur du voile.

COUCHE FIBREUSE OU APONÉVROSE DU VOILE DU PALAIS

La *couche fibreuse* du voile du palais mérite de fixer l'attention. Je l'ai reproduite sur la figure 108 en EE avec ses dimensions et sa forme normales. Elle occupe toute la largeur du voile, mais elle est loin d'en occuper toute la longueur. J'ai déjà fait remarquer que cette membrane fibreuse, appelée encore aponévrose du voile du palais, est la source d'une illusion pour le chirurgien quand il pratique le toucher de la voûte palatine avec un instrument, et même avec les doigts. C'est qu'en effet elle fait suite à la voûte palatine et constitue un plan si bien tendu, si résistant, que la sensation fournie par la voûte osseuse se continue jusqu'au bord postérieur de cette lame, bord tranchant très facile à sentir avec le doigt.

Dans les mouvements d'élévation et d'abaissement qu'exécute le voile du palais, cette partie fibreuse reste absolument immobile; c'est elle qui a reçu le nom de portion horizontale, par opposition à la partie placée en arrière : celle-ci, obliquement dirigée en bas, est seule susceptible de mobilisation.

La lame fibreuse occupe environ le tiers antérieur de la longueur totale du voile. On l'a quelquefois décrite comme étant l'épanouissement du tendon du muscle péristaphylin externe, mais cela n'est pas exact : elle constitue un plan indépendant de ce muscle. En avant, elle s'insère sur le bord postérieur de la voûte osseuse du palais; sur les côtés, aux crochets de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. La vérité est que le tendon du péristaphylin externe vient y prendre insertion et qu'elle constitue pour ce muscle le véritable point d'insertion fixe. Aussi est-ce une erreur de dire que le muscle péristaphylin externe a pour principale fonction de tendre le voile du palais, et l'expérience propre à le démontrer est facile à faire : le corps charnu du muscle étant découvert, exercez une traction de bas en haut, et vous verrez que c'est à peine si le voile du palais éprouvera un mouvement de tension. Le voile est naturellement tendu par la lame fibreuse palatine, et une nouvelle preuve qu'elle suffit à produire ce résultat, c'est que le voile est tendu sur le cadavre aussi bien que sur le vivant. Sans nier que le péristaphylin externe puisse agir sur le voile