

latère (*baed, efhg*). Le bord adhérent (*bd, eg*) de chaque lambeau est situé à 2 ou 3 millimètres de la perforation. On renverse les lambeaux sur eux-mêmes, de façon à les mettre en contact par leur face profonde ou sanglante; on les introduit ainsi à travers la perforation jusque dans la fosse nasale et on les affronte par des points de suture.

Palatoplastie par lambeaux en pont. Procédé de Field et Baizeau. On forme, de chaque côté de la perforation (O, fig. 214), un lambeau longi-

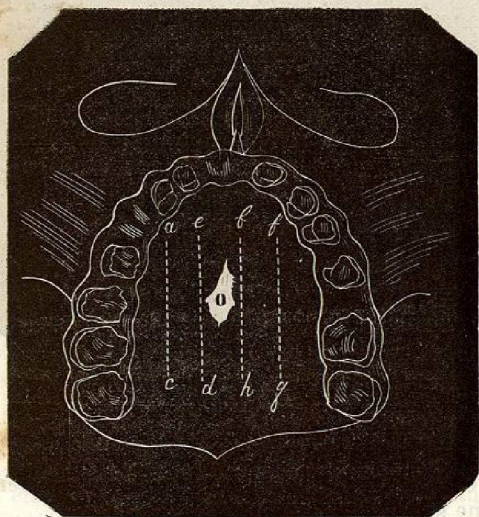


Fig. 214.

tudinal (*aced, bfg h*) parallèle au grand axe de la perforation. Chacun de ces lambeaux reste adhérent en avant (*ae, bf*) et en arrière (*cd, hg*). On fait glisser les bords (*cd, bh*) des deux lambeaux au-dessous de la perforation, et on les réunit par une suture simple ou enchevillée.

Gosselin a modifié ce procédé, en avivant le pourtour de la perforation et en confondant avec ce pourtour le bord interne de chaque lambeau latéral; de cette façon on forme les deux lambeaux au moyen de trois incisions au lieu de quatre. Le même chirurgien préfère pour la réunion des lambeaux des fils métalliques aux fils de chanvre.

ARTICLE II.

Perforations et divisions du voile du palais.

Les perforations du voile du palais sont le plus souvent la conséquence d'ulcérations syphilitiques; on les observe aussi après les opérations de staphyloraphie où la réunion n'a pas été complète; Jobert en rapporte un cas consécutif à la chute d'une escarre formée au déclin de la rougeole. Les

divisions du voile du palais sont quelquefois l'œuvre du chirurgien pour faciliter une opération (polypes naso-pharyngiens); bien plus souvent elles sont *congénitales* et se rattachent à un arrêt de développement, c'est-à-dire à un défaut de réunion des deux moitiés dont se compose le voile du palais à une certaine période de la vie intra-utérine. La thérapeutique des perforations et des divisions *accidentelles* du voile du palais est conforme à la thérapeutique des divisions *congénitales*.

DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS.

On la désigne aussi sous le nom de **DIASTÉMATOSTAPHYLIE**.

Variétés. (a) La division comprend toute l'étendue du diamètre antéro-postérieur du voile du palais et la voûte palatine est intacte: alors en faisant ouvrir largement la bouche, on aperçoit sur la ligne médiane une fente antéro-postérieure, de forme triangulaire, à sommet tourné en avant, à base dirigée en arrière. Au niveau de l'extrémité postérieure de chacun des bords de la fente existe un petit appendice répondant à la moitié de la luette. Les bords de la fente du voile du palais sont épais ou minces; ils se rapprochent lorsque le sujet fait un effort pour avaler. On a noté chez quelques malades une hyperesthésie de la muqueuse qui tapisse la face inférieure du voile. (b) Dans d'autres cas, la division ne comprend que la partie postérieure du voile du palais, dans une étendue variable, la partie antérieure du voile et la voûte palatine étant intactes. (c) Parfois la luette est seule fendue. (d) Ou bien encore le voile du palais étant divisé dans toute sa longueur, la voûte palatine participe à cette division, soit dans la portion qui correspond aux os palatins, soit depuis son bord postérieur jusqu'à sa moitié ou son tiers antérieur, soit même jusqu'à l'arcade alvéolo-dentaire. L'étendue transversale de la division de la voûte palatine est d'autant plus considérable que la fente est plus longue. Chacune des variétés qui viennent d'être indiquées peut se compliquer de l'existence d'un bec-de-lièvre.

Troubles fonctionnels. En général, les enfants nouveau-nés peuvent teter, quelle que soit l'étendue de la division. A une époque plus avancée de la vie, le sujet *nasille* parfois d'une façon assez prononcée pour rendre la parole inintelligible; pendant l'acte de la déglutition, les boissons refluent dans les fosses nasales. Ces troubles sont d'autant plus intenses que la division anormale est plus étendue; ils existent au plus haut degré, lorsqu'il y a écartement des deux moitiés de la voûte palatine.

Traitement. Il diffère suivant que la solution de continuité occupe le voile du palais, ou à la fois ce dernier et la voûte palatine.

Lorsque la division n'occupe qu'une petite portion du voile du palais, on peut tenter d'en obtenir la réunion par une série successive de cantérisations avec un petit cautère actuel ou avec un cautère électrique (t. I, p. 203), en touchant la division au niveau de l'angle de réunion des bords. Ce procédé, préconisé par J. Cloquet, échoue le plus souvent, et il faut réunir les bords de la fente après un avivement. Cette opération est appelée STA-

PHYLORAPHIE. Bien que les premières tentatives en aient été faites en 1760, par Lemonnier; que de Græfe ait exécuté cette opération en 1816; le véritable créateur de la méthode est Ph.-J. Roux.

Staphyloraphie. Procédé de Ph.-J. Roux. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu prescrit de ne pas opérer avant l'âge de seize ans, parce qu'il faut de la part du malade une certaine volonté pour supporter les manœuvres. Dans le but de rendre celles-ci moins pénibles, il habitua le voile du palais, plusieurs jours à l'avance, au contact des instruments. De notre époque, Gosselin a cherché à diminuer la sensibilité du voile du palais par l'administration préalable, et plusieurs jours à l'avance, de 2 à 4 grammes de bromure de potassium par jour.

L'appareil instrumental se compose d'un certain nombre de petites aiguilles à forte courbure, d'un porte-aiguilles, de pinces à anneaux, d'un bistouri boutonné à lame étroite, de ciseaux coudés sur le bord, de fils formés de plusieurs brins qu'on réunit en les cirant. Le sujet est assis, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide et ouvre largement la bouche. Au moyen du porte-aiguille, le chirurgien porte une des aiguilles en *arrière* du voile du palais, qu'il traverse *d'arrière en avant*, à 6 millimètres du bord de la fente, en commençant par la partie inférieure de celle-ci. Lorsque la pointe de l'aiguille se montre sur la face antérieure du voile, on saisit cette pointe avec les pinces à anneaux, on dégage le porte-aiguille, et on tire l'aiguille à soi avec le fil qu'elle entraîne. On confie le chef à un aide; on enfle l'autre chef dans une autre aiguille avec laquelle on traverse le bord opposé de la fente, toujours *d'arrière en avant*. Il résulte de cette manœuvre, que l'anse du fil répond à la face *supérieure* du voile, pendant que les chefs sortent par la bouche. On dispose de la même façon les autres fils destinés à faire les points de suture. Il faut alors procéder au second temps de l'opération: l'avivement des bords de la fente. On pratique cet avivement de bas en haut, avec les ciseaux coudés ou le bistouri boutonné, en ayant soin de le prolonger sur l'angle supérieur de la division. Dans un troisième temps, on noue les fils sur la face inférieure du voile par un double nœud simple. Au troisième ou quatrième jour, on coupe les ligatures les plus rapprochées de la voûte palatine; au cinquième ou sixième jour, la ligature avoisinant la luette. Pendant toute cette période, l'opéré est condamné au silence le plus absolu et à une diète complète.

On a reproché au procédé de Roux la difficulté pour le placement des fils à travers le voile, la possibilité de les couper pendant l'avivement, la difficulté de faire le double nœud à chaque point de suture, l'ulcération des tissus par les fils. De là un certain nombre de modifications dans le manuel opératoire:

Au lieu de faire passer les fils *d'arrière en avant* à travers le voile du palais, A. Bérard passait le chef d'un des fils *d'avant en arrière* et ramenait ce chef par la bouche; il traversait ensuite l'autre bord de la division, et toujours *d'avant en arrière*, avec un fil doublé, de façon que l'anse arrivait sur la face supérieure du voile. Cette anse sert à entraîner *d'arrière en avant* le second chef du premier fil. Pour rendre le placement des fils plus facile à

travers les bords de la fente du voile, Sotteau, Bourguignon, Fauraytier, Depierris ont imaginé des porte-aiguilles très-ingénieux. Gerdy a proposé de remplacer la suture simple par l'enchevillée. Gosselin et Demarquay emploient, pour la suture, des fils *métalliques* fins de préférence aux fils de chanvre, parce que les premiers, étant mieux tolérés par les tissus vivants, peuvent séjourner un plus grand nombre de jours, ce qui est une condition favorable pour assurer la réunion. On serre ces fils métalliques en les passant dans un petit tube de plomb (tube de Galli) que l'on écrase avec une pince, après avoir conduit le tube le plus près possible des surfaces cruentes. Pour rendre la constriction plus forte, on recourbe les extrémités du fil métallique sur le bout libre du tube écrasé. Enfin, pour éviter le tiraillement des lèvres de la plaie, on relâche le voile par des *incisions auxiliaires*: Dieffenbach pratiquait une incision longitudinale à 8 millimètres en dehors et de chaque côté de la fente; Mittaner fait, de chaque côté de la division anormale, quatre incisions demi-circulaires à convexité externe, de 12 millimètres de long; J.-M. Warren, Fergusson, Sédillot coupent les muscles intrinsèques et extrinsèques du voile du palais.

Lorsque la fente du voile du palais est accompagnée d'une division *partielle* de la voûte palatine, on peut, après avoir fait la staphyloraphie, faire porter un obturateur, ou bien remédier subséquentement à la solution de la voûte palatine par une opération de *palatoplastie* (voy. p. 414). Si la scissure de la voûte se prolonge jusqu'à l'arcade alvéolo-dentaire, on aura plus de chances pour faire réussir la staphyloraphie, en suivant le conseil de Roux, de pratiquer une section transversale du voile à sa jonction avec la voûte palatine, dans l'étendue d'un centimètre et demi de chaque côté, afin de faciliter le rapprochement des bords. C'est aussi pour les cas de ce genre, que les incisions multiples de Mittaner et les sections musculaires de Fergusson et Sédillot trouvent des applications.

Nous n'avons pas à juger la valeur absolue de chacun des procédés de staphyloraphie, mais il nous est impossible de passer sous silence la statistique faite par Roux lui-même des opérations faites suivant son procédé. Pour ceux qui comme nous ont connu la bonne foi de Roux, cette statistique démontre que le procédé du créateur de la méthode donne de beaux résultats, et que plutôt que de chercher sans cesse à modifier le manuel opératoire, il serait peut-être préférable de s'en tenir au procédé du maître. Sur 124 opérations de staphyloraphie faites par Roux pour des divisions *congénitales* du voile du palais, opérations exécutées sur 112 sujets, ce qui dénote que l'opération a été pratiquée plusieurs fois sur le même sujet; sur ce chiffre de 124 opérations, 61 sujets étaient affectés de diastémato-staphylie *simple*, 51 de division du voile du palais compliquée de scissure de la voûte palatine. Les 61 sujets de la première catégorie ont fourni 48 succès, c'est-à-dire plus de 78 pour 100. Les 51 sujets de la seconde catégorie ont donné 26 succès, c'est-à-dire environ 50 pour 100.