

*d. Staphylorrhaphie.* — Lorsque la division ne porte que sur le voile du palais, l'opération s'appelle la staphylorrhaphie. Il me reste bien peu de chose à en dire, pour la raison que la plupart du temps la staphylorrhaphie est une uranostaphylorrhaphie en petit. J'ai déjà dit que la désinsertion sous-muqueuse du voile en arrière du bord palatin osseux devait toujours donner une mobilité suffisante pour l'adaptation des lambeaux sans tension. Je n'ai donc pas à revenir sur tous les procédés par lesquels on a cherché à supprimer la tension et auxquels j'ai consacré une mention à propos de l'historique.

L'avivement se fait de la même manière que pour l'uranoplastie; il n'offre quelque difficulté qu'au niveau de la luvette. Il doit intéresser l'épaisseur entière du voile. A cette condition seulement la tonicité musculaire restera sans effet. Les incisions libératrices, le détachement des lambeaux, le passage des fils, les sutures seront exécutés comme il a été prescrit plus haut.

Un seul cas doit être envisagé d'une manière spéciale, c'est celui où la division n'intéresserait qu'une petite portion du voile ou la luvette seule. Alors on pourra habituellement se passer d'incisions libératrices et de taille de lambeaux; mais si l'on s'apercevait qu'il y a la moindre tension, il serait opportun de débrider un peu latéralement la muqueuse seule ou même le plan musculaire, dans une étendue restreinte, par deux petites incisions antéro-postérieures aussi profondes qu'il paraîtrait nécessaire.

*e. Soins préparatoires et consécutifs communs aux deux opérations.* — L'état aseptique de la bouche est assuré par l'avulsion, le plombage, l'aurification des dents cariées, et par l'usage de collutoires antiseptiques pendant plusieurs jours avant l'opération (acide borique à 40 p. 1000 ou hydrate de chloral à 1 ou 1/2 p. 100). Une purgation sera toujours utile la veille.

Il va de soi que le sujet devra être dans un état de santé aussi bon que possible.

Il ne faut appliquer aucun pansement ni sur la ligne de suture ni sur les incisions libératrices. Après l'opération, l'emploi des mêmes collutoires sera continué. Les injections directement sur la ligne de suture doivent être absolument rejetées. Habituellement elles sont tout à fait inutiles. Elles ne deviennent nécessaires que s'il apparaît du sphacèle limité ou étendu; même alors elles doivent être dirigées sur les parties latérales du palais. Elles seront faites avec la solution boriquée.

Pour provoquer les garde-robes, on se contentera de lavements simples ou glycerinés, jusqu'au moment où il n'y aura plus rien à craindre du côté des lambeaux.

L'alimentation sera réglée de la manière suivante: rien pendant la première journée. Pendant la première nuit, quelques gorgées d'eau bouillie fraîche, additionnée de cognac en très faible quantité.

A partir du deuxième jour, un peu de bouillon ou de lait stérilisé froid; lavage de la bouche après chaque ingestion de liquide. Au troisième ou quatrième jour, lait en plus grande abondance, contenant de deux à quatre jaunes d'œuf par vingt-quatre heures. Les potages gras ne seront permis qu'aux sujets ne pouvant absolument pas supporter le lait. L'alimentation liquide sera encore prolongée jusqu'au huitième jour. Alors les purées très claires, la viande hachée menu, les œufs à la coque ne pourront plus nuire. Le pain sera interdit tant qu'il restera un bourgeon charnu non cicatrisé.

Le silence absolu est nécessaire pendant douze jours, quelquefois plus longtemps si la réussite n'a pas été complète d'emblée.

*f. Accidents divers.* — Il y en a deux principaux à redouter, l'hémorragie et la gangrène. Pendant l'opération, l'écoulement du sang est ordinairement très abondant. Seulement gênant si l'on sait le combattre, il deviendrait dangereux, surtout chez les jeunes sujets, si on l'envisageait à la légère. Il est causé par la section des branches nombreuses de l'artère palatine postérieure et quelquefois du tronc lui-même. On le combat par la compression au moyen du pouce, de petits tampons de charpie de bois enveloppés de gaze aseptique (J. Wolff) ou simplement de coton hydrophile mouillé et tassé.

On étanche la gorge incessamment avec de petites éponges aseptiques, afin que le jeu de la respiration soit entravé le moins possible.

Je n'ai observé qu'une fois une hémorragie post-opératoire sérieuse survenue au bout d'une demi-heure à peine; le tamponnement d'une des incisions latérales en a eu raison.

On verra plus loin que, par l'opération en deux séances, J. Wolff a limité les chances d'hémorragie dangereuse. Comme partisan des opérations très précoces, il a peut-être trouvé le bon moyen de diminuer les risques chez les très jeunes enfants; mais à partir de l'âge de cinq à six ans, pareille précaution me paraît superflue.

La gangrène reconnaît plusieurs causes dont certaines sont du fait de l'opérateur. Si la section de l'artère palatine postérieure ne peut pas toujours être évitée, il n'en est pas de même du détachement incomplet du périoste, des manœuvres brutales, des échappées brusques des instruments qui ont pour résultat la déchirure partielle ou la rupture d'un lambeau, et de l'étranglement des tissus par des fils trop serrés. La déchirure partielle et le détachement d'un lambeau vers son extrémité antérieure doivent être réparés séance tenante au moyen d'une suture.

La seule cause de gangrène dont le chirurgien ne soit nullement responsable est la minceur excessive des lambeaux. En pareil cas on les voit ordinairement pâlir et prendre une teinte livide au moment du détachement; mais, assez souvent, dans le cours de l'opération, ils recouvrent peu à peu leur coloration normale.

Fort heureusement aucune de ces causes ne produit infailliblement la mortification des tissus. Elles impliquent simplement une menace qui ne se réalise pas toujours. Ordinairement partielle, la gangrène frappe quelquefois un lambeau presque en son entier. Elle n'atteint guère le voile proprement dit qu'au niveau de la ligne de suture, vers sa base, là où les fils doivent embrasser la plus grande épaisseur de tissus. Quelquefois les bords et les surfaces des incisions offrent un aspect diphtéroïde, en se couvrant d'exsudats qui ont de la tendance à se reproduire malgré leur ablation au moyen d'un pinceau un peu rude. A leur chute on aperçoit des pertes de substance de peu d'épaisseur qui souvent n'occasionnent pas la désunion.

Les escarres tombent au bout de huit ou dix jours, et alors on assiste à un travail de réparation spontanée qui dépasse dans certains cas tout ce que l'on peut espérer *a priori*. Des pertes de substance de près d'un centimètre de diamètre se combleraient quelquefois entièrement. J'ai même vu une fois le palais se reconstituer entièrement après une gangrène qui avait détruit un des lambeaux sur la moitié de sa largeur et au moins sur deux centimètres de longueur.

Ordinairement il persiste une *fistule* plus ou moins large, consécutivement aux solutions de continuité ayant plus de 5 à 6 millimètres de diamètre. Des attouchements très légers, tous les trois jours environ, avec un crayon de nitrate d'argent, ou quotidiens avec de la teinture d'iode, activent la cicatrisation. Si celle-ci reste incomplète, *il n'y a qu'un moyen d'obtenir la guérison complète*, c'est de recommencer l'opération exactement de la même manière dans la zone de la fistule. De nouvelles incisions libératrices et le détachement de petits lambeaux en pont procurent seuls la laxité des tissus nécessaire pour une nouvelle suture.

Je rappelle pour mémoire les accidents intestinaux et pulmonaires qui ne s'observent guère que sur de très jeunes enfants.

**g. Procédés ostéo-muqueux et naso-vomérien.** — Fergusson a exécuté plus de quatre-vingts fois un procédé imaginé antérieurement par Dieffenbach et déjà employé par Wutz, Langenbeck, Buhning, G. Simon. Il comprend les temps suivants : avivement large des bords, incisions antéro-postérieures de chaque côté de la fente, au milieu de l'espace qui la sépare de la rangée alvéolaire, section au ciseau de la voûte osseuse dans toute son épaisseur, refoulement en dedans des deux lambeaux ostéo-muqueux l'un vers l'autre pour les mettre en contact. Des sutures ne sont pas nécessaires. Lannelongue a eu recours plusieurs fois à ce procédé avec succès. On ne peut donc en nier la valeur, mais il est plus brutal que l'uranoplastie de Baizeau-Langenbeck et ne mérite pas la préférence (1).

Le procédé naso-vomérien de Lannelongue lui a été inspiré par

(1) LANNELONGUE, De l'uranoplastie ostéo-muqueuse (*Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, 1877, t. III, p. 476).

certaines conditions anatomiques de la fente palatine. On se rappelle que parfois la cloison des fosses nasales se continue directement avec un des côtés de la voûte palatine. Lannelongue a eu l'idée de tailler sur la muqueuse de cette cloison obliquement étalée sous les yeux de l'opérateur un épais lambeau quadrilatère destiné à être suturé avec le bord opposé de la fente préalablement avivé. Ultérieurement on peut compléter l'occlusion de la fente par la staphylorrhaphie. On a le droit de se demander si, d'une façon générale, le rapprochement des bords de la division du voile ne doit pas être plus difficile à obtenir qu'après une uranoplastie ordinaire. En tout cas ce procédé pourrait trouver son application à titre exceptionnel si un écartement très considérable des bords coexistait avec une grande obliquité de la cloison nasale (1).

**h. Les opérations en deux séances.** — *Technique de J. Wolff.*

— Dans les débuts de l'uranoplastie, on n'osait pas reconstituer d'un coup par une seule opération le palais osseux et le voile. Presque tous les opérateurs ont passé par cette période de timidité. Aujourd'hui presque tous sont d'accord pour affirmer que la restauration du palais doit être faite en une seule séance. On rend ainsi plus facilement aux opérés un organe souple dont le fonctionnement ultérieur sera ainsi mieux assuré. On peut cependant hésiter dans les circonstances suivantes : lorsque la fente palatine atteint ou intéresse l'arcade alvéolaire en avant, même s'il n'existe pas d'écartement osseux, et aussi lorsque les lambeaux palatins deviennent très pâles ou livides après leur détachement. Dans ces deux cas, dans le second surtout, il est prudent de remettre la staphylorrhaphie à une époque ultérieure, éloignée de plusieurs mois.

J. Wolff a pensé pouvoir, par un autre moyen, écarter les dangers de l'hémorragie et de la gangrène. Il a imaginé, en 1887, un procédé en deux séances espacées de quelques jours, mais qui ne consiste pas à faire d'abord l'uranoplastie, puis la staphylorrhaphie. Voici l'exposé de sa technique, telle qu'il l'a résumée récemment, sous la forme qu'il considère comme définitive, après les quelques variations qu'elle a subies :

Dans une première séance, J. Wolff (2) pratique les incisions libératrices et détache les lambeaux d'une façon nouvelle. Il ne fait d'abord qu'un tiers (le tiers moyen) de l'incision latérale et sépare le lambeau dans la zone correspondante (tiers moyen). Il complète alors l'incision en avant et décolle le tiers antérieur du lambeau, puis s'occupe du tiers postérieur de l'incision et du lambeau. Si l'opéré est un enfant très jeune, il détache un lambeau un jour et le

(1) LANNELONGUE, Procédé naso-vomérien d'uranoplastie (*Bull. de la Soc. de chir.*, 3<sup>e</sup> série, t. I, 1872, p. 45, 197 et 566).

(2) WOLFF, Weitere Mittheilungen über die Operation der angeborenen Gaumenspalten (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLVIII, p. 821).

second le lendemain. Si le sujet a une résistance suffisante, il termine en une séance la séparation des lambeaux, et, sans les aviver, il les laisse reprendre leur place.

Cinq jours après il avive et suture. A ce moment les lambeaux se laissent détacher de nouveau très facilement. Wolff dit même qu'on peut parfois en opérer le rapprochement, sans être obligé de rompre toutes les nouvelles adhérences.

Après l'avivement des bords, il passe les fils d'argent au moyen du crochet d'or de Langenbeck et de fils de soie qui en entraînent les extrémités.

Comme il ne parle plus de la suture de la luette par devant et par derrière, et de la suture des pharyngo-staphylins immédiatement au-dessous de la luette, on peut supposer qu'il a renoncé à cette manière de faire qu'il a recommandée il y a quelques années.

Il a recours aux bâillons de Whitehead, de Fränkel et de Trélat, et aux aiguilles fines de Hagedorn pour la luette. Pour faciliter l'éducation phonétique, il préconise la prothèse temporaire du gosier avec l'obturateur de G. Hahn.

L'opération en deux séances aurait un triple avantage surtout chez les très jeunes enfants; elle rendrait l'hémorragie et le *shock* moins redoutables, et exposerait moins à la gangrène.

Polaillon s'est rallié au principe de l'opération en deux séances à la manière de Wolff, même pour l'adolescent et l'adulte, mais, dans sa manière de faire, l'intervalle n'est que de vingt-quatre heures (1).

Sans élever d'objection fondamentale contre cette pratique, je ne pense pas qu'il soit utile de la généraliser. J'accorderai que dans certaines occasions on pourrait être tenté de lui accorder la préférence, par exemple, lorsque les lambeaux offrent une teinte livide ou que l'opéré semble très éprouvé par la perte de sang.

**i. Résultats plastiques et phonétiques de l'uranostaphylorrhaphie. — Prothèse partielle.** — Le palais et le voile sont reconstitués plus ou moins complètement, suivant que le chirurgien a à sa disposition plus ou moins d'étoffe dans le sens antéro-postérieur. Chez les sujets privilégiés il se reforme un palais ferme en avant, souple en arrière, terminé par une luette mobile. Se reproduit-il de la substance osseuse à la surface du périoste détaché? Bien qu'Ollier ait vu sur un chien le palais osseux entièrement reconstitué (2), pareil résultat ne peut guère être espéré sur l'homme. En tout cas, aucun fait, que je sache, ne prouve qu'on puisse compter sur autre chose que des reproductions osseuses limitées. Rarement la longueur totale de la voûte palatine correspond aux dimensions qu'elle doit avoir dans l'état normal; rarement aussi pendant la déglutition ou l'émission des

(1) POLAILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 5<sup>e</sup> série, t. XVI, 1890, p. 422 et *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, 1891, p. 278.

(2) OLLIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2<sup>e</sup> série, 1864, t. V, p. 642.

sons l'occlusion du pharynx se réalise d'une façon satisfaisante. Il arrive fréquemment que le bord postérieur du voile reste séparé de la paroi pharyngienne par un trop large intervalle, et, si les troubles de la déglutition ne persistent guère, il n'en est pas de même de ceux de la phonation. Pour parer à ce grave inconvénient, on a imaginé des compléments d'opération qui méritent d'être signalés, quoiqu'ils n'aient pas donné des résultats vraiment avantageux.

C'est à cette fin que Passavant a imaginé successivement quatre opérations plus ou moins ingénieuses: la suture du bord postérieur des deux moitiés du voile à la paroi du pharynx, avant la réunion des bords de la fente; le refoulement du voile, reconstitué au préalable, vers la paroi pharyngienne, par une incision transversale séparant complètement le voile du bord postérieur du palais osseux; la formation d'un bourrelet persistant sur la paroi postérieure du pharynx; enfin l'occlusion temporaire, par suture vélo-pharyngienne, de l'espace compris entre le voile et le pharynx (1).

C'est dans la même intention que Küster a proposé le rabattement vers le pharynx de petits lambeaux taillés aux dépens de la luette, que Schœnborn a intercalé entre les deux moitiés du voile un lambeau emprunté au pharynx. Tous ces artifices, qui compliquent l'uranostaphylorrhaphie et risquent de la compromettre, ne sont guère dignes de confiance. La correction du langage, lorsque des exercices phonétiques bien réglés sont restés inefficaces, doit être plutôt demandée, d'après J. Wolff, à la prothèse partielle.

Trélat attachait une grande importance aux exercices phonétiques pré-opératoires. Mais, je dirai avec Ehrmann: « Que de malades pour lesquels une éducation pré-opératoire restera à l'état de vaine et stérile recommandation! » Quelques avantages qu'elle puisse offrir chez les sujets auxquels leur situation de fortune permet ce luxe de préparation, je ne saurais jamais y voir une raison suffisante pour différer une opération opportune. Donc, généralement, il faut opérer d'abord, rectifier ensuite la parole. Tâche difficile qui exige de la part de l'opéré de l'intelligence et de la volonté, de la part des parents de l'esprit de suite, de la part du maître une connaissance approfondie des conditions du langage et des moyens de le corriger. L'expérience a montré ce qu'on peut obtenir de tant d'efforts.

Certains sujets étonnent par des modifications constatées dans la parole tout de suite après l'opération et indépendamment de tout exercice. Le timbre de la voix est déjà moins nasonné et l'articulation est plus distincte. Ceux-là sont des candidats désignés d'avance à la correction parfaite ou presque parfaite du langage. D'autres arrivent presque d'eux-mêmes à un résultat très satisfaisant. Quelques indications leur ont suffi pour les mettre dans la bonne voie. A d'autres il

(1) Voy. pour la critique de ces diverses opérations: J. Wolff, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXXIII, p. 169.

faut une direction particulièrement compétente, prolongée pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Finalement ils aboutissent à un succès plus ou moins franc ou à un insuccès absolu. C'est alors qu'une prothèse complémentaire peut, d'après J. Wolff, améliorer considérablement leur situation. Les essais du chirurgien berlinois semblent avoir été plus heureux que ceux de Passavant qui, après avoir fendu à sa base le voile du palais réuni, introduisait dans la fente une sorte d'obturateur en bouton de chemise, destiné à refouler le voile en arrière vers le pharynx. J. Wolff a fait construire par Schiltzky un obturateur qui, par une bande étroite de caoutchouc durci, prend un point d'appui sur la rangée alvéolaire antérieure et latéralement sur les molaires (fig. 203). La pièce essentielle dans cet appareil est un petit tambour en caoutchouc souple, qui se place de lui-même der-

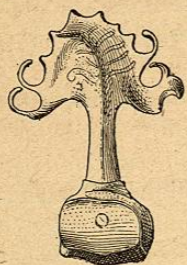


Fig. 203. — Obturateur de Schiltzky.

rière le bord postérieur du voile et obture l'espace vélo-pharyngien. Le voile communique à ce tambour ses changements de forme et ses vibrations. Kappeler dit avoir employé avec un grand succès un appareil presque entièrement semblable à celui de Wolff (1).

Si les communications de ces deux chirurgiens ne sont pas entachées d'optimisme, il est permis d'affirmer qu'à la suite de l'uranoplastie on peut toujours corriger les défauts de la parole d'une manière très satisfaisante ou assez satisfaisante, soit par le fait de la seule opération, soit par l'utilisation de la prothèse partielle; mais, dans l'un et l'autre cas, la grande part du succès revient à l'éducation phonétique pré-opératoire, si elle a été jugée opportune, et surtout à l'éducation post-opératoire patiemment et intelligemment poursuivie.

**j. Procédés exceptionnels.** — Dans les cas où la fente congénitale est énorme, dans ceux aussi où, à la suite d'une uranostaphylorrhaphie, les lambeaux ont été frappés de gangrène dans une grande étendue, certains chirurgiens ont eu recours à des lambeaux empruntés aux parties voisines de la face. C'est ainsi que Blasius, le premier, a eu l'idée de prendre un lambeau sur le front et de le faire pénétrer par l'une des narines, dans la brèche qu'il devait combler. Un pédicule rattachait ce lambeau à la région qui l'avait fourni (2).

Langenbeck estime que le dessèchement d'un lambeau ainsi rabattu dans les fosses nasales et exposé au courant d'air incessant de l'inspiration et de l'expiration, doit être fort à craindre au point de vue de sa vitalité.

Thiersch a taillé une fois un lambeau dans l'épaisseur entière de la joue et l'a implanté de telle façon que la face muqueuse regardait

(1) J. WOLFF, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXV, 1880, p. 887 et 893.  
(2) Voy. J. WOLFF, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 2 mars 1891.

les fosses nasales, et la face cutanée la cavité buccale. Cette opération paraît avoir fourni un résultat passable, seulement il fallait de temps à autre raser les poils qui poussaient à la surface du nouveau palais.

Bosc fit, dans un cas, un emprunt à la muqueuse labiale; Rotter eut recours à un procédé analogue à celui de Blasius, mais en le modifiant d'une certaine façon. C'était sur un sujet chez qui une des incisions libératrices latérales ne s'était pas cicatrisée, à la suite d'une uranoplastie. Il tailla d'abord sur le front un lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles, jusqu'au périoste inclusivement; puis il appliqua sur sa face périostique un autre lambeau uniquement cutané, de telle sorte qu'il présentât deux faces cutanées. Lorsque les adhérences entre les deux couches de tissus superposées furent solides, Rotter implanta le lambeau dans la perte de substance par la narine, après avoir pratiqué une incision qui permit de débrousser le nez.

Je n'insiste pas. Si ces tentatives de restauration quand même sont légitimes sur des individus qui ont subi un traumatisme grave de la face, et qui sont déjà plus ou moins défigurés par des cicatrices, elles le sont beaucoup moins chez ceux qui sont atteints de difformités congénitales.

D'ailleurs, chez la plupart de ces sujets, l'uranostaphylorrhaphie

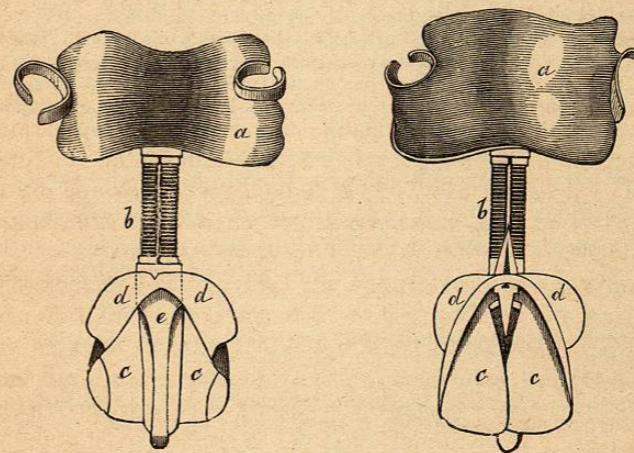


Fig. 204. — Voile du palais artificiel de Stearn (faces inférieure et supérieure. — a, portion palatine; — b, ressorts; — e, corps de l'appareil; — cc, ailes du voile; — dd, gouttières latérales.

est exécutable. Lorsque la malformation est primitivement au-dessus des ressources de la chirurgie, ou qu'un grave échec opératoire a été le résultat de l'intervention, mieux vaut recourir à la prothèse, encore précieuse dans ces circonstances.

**k. Prothèse (1).** — Le temps est loin où les avantages de la pro-

(1) GAUJOT et SPILLMANN, *Arsenal de la chirurgie*, t. II, p. 25.