

nitale, les bords sont épais et recouverts d'une muqueuse richement vasculaire qui fait suite à la muqueuse palatine et se continue avec la pituitaire.

Quelques exemples rares et insolites de divisions osseuses du palais, sans lésion de la muqueuse, ont été observés et méritent d'être rapportés. Trélat (1) a constaté, sur un homme atteint de nasonnement de la voix et de gêne de la prononciation, une échancrure des os en arrière, assez étendue pour que la longueur du palais ne mesurât que 4 centimètres au lieu de 6 : la muqueuse était intacte et non perforée. Une fille de cet homme, âgée de deux mois, présentait à la place de l'épine nasale postérieure une petite échancrure : quatre jours seulement après la naissance, il s'était formé, en ce point, spontanément, une étroite fissure de la muqueuse qui s'agrandit peu à peu.

Notta (de Lisieux) (2) a observé, chez une jeune fille de onze ans, l'absence d'une partie de la voûte osseuse du palais : la perte de substance, de forme triangulaire, fut attribuée par lui à un arrêt de développement des deux os palatins ; les parties molles n'avaient subi aucune altération.

Enfin, Langenbeck (3) a cité trois cas à peu près analogues : dans le premier, la voûte osseuse manquait entièrement, les parties molles existaient seules ; le voile du palais était divisé. Dans le second, la fissure osseuse était seulement plus étendue et se prolongeait plus loin que celle de la muqueuse. Dans le troisième cas, enfin, la fissure était très-étroite, située sur la ligne médiane, et recouverte par la muqueuse intacte.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les signes objectifs des perforations accidentelles ou congénitales de la voûte palatine nous sont déjà connus ; il ne nous reste plus qu'à parler des symptômes fonctionnels auxquels donne lieu la présence de la difformité, et qui se rattachent à l'exercice de la succion, de la déglutition, de la mastication, de la phonation, de l'olfaction.

La plupart de ces actes physiologiques sont plus ou moins sérieusement gênés. La succion chez le nouveau-né est généralement impossible ; la déglutition s'accompagne du reflux des aliments et surtout des boissons par les fosses nasales ; la voix est nasonnée et présente une amplitude moindre, en même temps qu'il y a impossibilité de prononcer certaines lettres ; l'action de siffler ou de souffler est absolument impossible, ce qui interdit aux sujets l'exercice de certaines professions ; enfin l'olfaction doit subir de notables modifications, et Chrétien a noté sa diminution. Ajoutons à cela le passage constant des mucosités nasales dans la cavité de la bouche, et, probablement par suite d'un coryza chronique dû aux conditions anormales des fosses nasales, la fétidité fréquente de l'haleine.

(1) *Société de chirurgie*, 6 octobre 1869.

(2) *Société de chirurgie*, 13 octobre 1869.

(3) *Archiv für klin. Chirurgie*, 1863, vol. V, p. 230.

L'habitude et l'exercice parviennent à corriger quelques-uns de ces troubles fonctionnels, qui sont d'ailleurs plus ou moins accusés et gênants selon le siège et l'étendue de la perforation ; mais le plus souvent l'amélioration est assez incomplète et assez insuffisante pour que le chirurgien soit autorisé à parer par d'autres moyens aux inconvénients d'une semblable difformité.

**TRAITEMENT.** — Les moyens thérapeutiques à opposer aux perforations de la voûte palatine sont de deux ordres : *palliatifs* et *curatifs*.

a. Le *traitement palliatif* consiste en l'application d'obturateurs variés que les auteurs du *Compendium* proposent de ranger en deux classes : 1<sup>o</sup> ceux que les malades peuvent fabriquer eux-mêmes ; 2<sup>o</sup> ceux qui, plus compliqués, ne peuvent être faits que par les industriels, sur les indications du chirurgien.

Les premiers sont toujours fort simples : l'éponge, la mie de pain, le papier mâché, la cire, le liège, le bois ou le caoutchouc sont les substances le plus souvent employées par les malades ; travaillées et façonnées de manière à s'adapter correctement à la perforation, elles ont pu rendre de réels services, et ces sortes d'obturateurs ont été parfois préférés par les patients aux obturateurs métalliques plus perfectionnés ; mais ils ont le double inconvénient de ne pouvoir être supportés qu'après cicatrisation complète des bords de l'ouverture, et de n'être applicables qu'aux perforations étroites, traumatiques ou diathésiques.

Les *obturateurs proprement dits*, connus aussi depuis longtemps, ont été divisés par Sédillot en *obturateurs à ailes*, à *verrous*, à *chapeau* et à *plaque*. L'or, l'argent, le caoutchouc vulcanisé servent à leur fabrication.

L'*obturateur à ailes*, imaginé par Fauchard et perfectionné par Charrière, se compose d'une plaque palatine concave, plus large que la perforation et munie sur sa face supérieure d'une tige à la base de laquelle s'articulent deux ailes mobiles qui peuvent être à volonté relevées ou abaissées au moyen d'une vis de rappel : l'appareil est introduit les ailes dressées ; puis quand il est en place, les ailes sont rabattues de façon à saisir le palais entre elles et la plaque.

Les *obturateurs à verrous* sont formés d'une plaque semblable à la précédente, mais portant sur sa face supérieure deux verrous qui glissent en avant et en arrière, au-dessus de la perforation.

Les *obturateurs à chapeau* (Sédillot) ont une plaque palatine surmontée d'un cylindre creux dont les dimensions sont exactement celles de la perforation dans laquelle il s'engage ; la plaque est maintenue par des fils métalliques fixés aux dents voisines.

Les *obturateurs à plaque* (fig. 185) sont constitués par une plaque palatine, soutenue au-dessous de la perforation par des tiges métalliques qui prennent sur les dents un point d'appui. Ils ont l'avantage de supprimer, dans le trajet de la perforation, la présence d'un corps étranger qui contribue à la dilater et à l'accroître ; mais ils ont, comme les précédents, l'inconvénient d'ébranler les dents.

Quant aux *obturateurs en caoutchouc vulcanisé*, connus sous le nom d'obturateurs de Gariel, et dont Baizeau attribue l'idée à H. Larrey, ils ont la forme d'un double bouton de chemise et se composent d'une plaque supérieure ou nasale qui déborde l'orifice qu'elle doit recouvrir et qui se relie à une plaque inférieure ou palatine, plus large, par une tige en caoutchouc de dimensions égales à celles du trajet fistuleux.

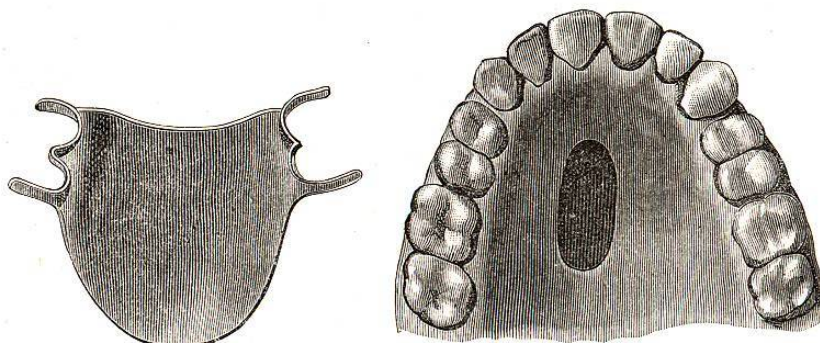


FIG. 185. — Obturateur à plaque destiné à une perforation accidentelle.

Les obturateurs rendent chaque jour de réels services, et jusque dans ces derniers temps ils ont constitué les seuls moyens thérapeutiques à opposer aux perforations du palais. Toutefois on doit reconnaître qu'ils laissent beaucoup à désirer : les uns dilatent et agrandissent la perforation ; les autres ébranlent les dents qui servent à les fixer ; d'autres tiennent mal en place, ulcèrent les bords de l'ouverture, et ne peuvent plus être supportés ; et, sous ce rapport, il est bon de savoir que certains malades présentent une sensibilité tellement exagérée qu'il faut de toute nécessité renoncer chez eux à tout moyen de prothèse. Enfin, il est arrivé plusieurs fois que l'appareil, mal soutenu, est tombé dans le larynx ou dans l'œsophage, et a occasionné des accidents graves. Chrétien a rapporté dans sa thèse un certain nombre de faits de ce genre, empruntés à la pratique de divers chirurgiens.

Ce sont là de nombreux et graves inconvénients, que les récentes et ingénieuses modifications apportées dans la construction des obturateurs par Préterre, Kingsley (de New-York) (1), etc. n'ont pas entièrement fait disparaître. Aussi ne sera-t-on pas surpris que les chirurgiens aient tenté, au prix d'opérations sanglantes, d'obtenir une guérison définitive des perforations palatines.

b. Le *traitement curatif* comprend les opérations pratiquées sur les parties voisines, ou au niveau même de la perforation. Certains auteurs, en

(1) *On the treatment of Congenital cleft Palate* (Transact. of the Otolological Soc. Vol. V, p. 195, 1865).

effet, ont avancé qu'il suffisait souvent d'opérer le bec-de-lièvre, ou de faire la staphylorrhaphie, pour voir les divisions congénitales de la voûte palatine diminuer considérablement et même disparaître par le rapprochement graduel des os maxillaires écartés (Richemond, Petit, Roux, de la Faye, etc.).

Il y a là, pensons-nous, une grande exagération. Nous ne nions pas que les opérations pratiquées chez les jeunes sujets sur les lèvres ou le voile du palais divisés n'aient une certaine influence consécutive pour restreindre les dimensions des divisions palatines concomitantes ; nous admettons même que la compression prolongée sur les maxillaires (Dupuytren, Levert, Autenrieth) aide et favorise le rapprochement de leurs apophyses palatines ; mais nous croyons que le résultat obtenu sera toujours incomplet et insuffisant, et, dans l'immense majorité des cas, les divisions congénitales du palais ne pourront être réparées, comme les perforations accidentelles, que par des opérations faites au niveau même de la brèche osseuse.

Ces opérations sont au nombre de deux : la *cautérisation* et l'*uranoplastie*.

La *cautérisation* ne convient qu'aux perforations étroites. Baizeau conseille, pour rendre celle-ci plus efficace et favoriser la rétraction consécutive, de détacher dans une certaine étendue les parties qui environnent la perforation, et de cautériser en même temps son pourtour.

*Uranoplastie*. — Trois grands procédés ont été imaginés ; nous allons les décrire avec les diverses modifications qu'ils ont subies :

1° *Procédé par glissement*. — Il consiste simplement à décoller la muqueuse, sur tout le pourtour de l'orifice, dans une étendue de quelques millimètres et à réunir par une suture les bords sanglants. Mis en usage, pour la première fois, par Roux, dans un cas de division de la voûte et du voile du palais, ce procédé échoua. Sédillot qui s'en servit plus tard pour une perforation syphilitique ne fut pas plus heureux.

Langenbeck et Hulke reprirent cette opération, et la modifièrent en s'attachant à conserver le périoste dans les lambeaux, et en prolongeant le décollement jusqu'aux arcades alvéolaires. Langenbeck obtint un succès complet ; Hulke échoua en partie (1).

2° *Procédés par renversement*. — Ces procédés sont nombreux et sont décrits dans les Mémoires de Baizeau et de Rouge. Ils consistent tous à tailler sur la muqueuse palatine, en avant, en arrière, ou sur les côtés de la perforation, un ou plusieurs lambeaux qui puissent être rabattus de telle sorte que leur face muqueuse soit tournée vers les fosses nasales, et leur face sanglante vers la cavité buccale.

a. *Procédé de Krimer*. — Deux incisions partant des piliers du voile du palais sont conduites latéralement, à droite et à gauche de la perforation, à quatre lignes en dehors de son orifice ; elles se réunissent en avant à

(1) Baizeau, *loc. cit.*, p. 10.

angle obtus; les deux lambeaux latéraux sont décollés de la voûte, renversés sur eux-mêmes, et réunis par leurs bords libres avec quelques points de suture. Krimer obtint ainsi le premier succès d'uranoplastie. Verlinck et Verneuil répétèrent cette opération, mais avec moins de succès: dans le premier cas il y eut gangrène, et dans le second séparation et atrophie des lambeaux.

A cette méthode se rapportent les procédés de Velpeau, de Pancoast et de Bonfils, qu'il nous semble inutile de décrire.

3° *Méthode par déplacement latéral.* — Cette méthode est aujourd'hui celle que l'on met le plus souvent en usage. Quoique Dieffenbach, Avery, Baizeau et Langenbeck semblent avoir quelques droits à en réclamer la paternité et qu'il soit assez difficile de juger en dernier ressort cette question, cependant nous pensons qu'il est juste de dire qu'à Baizeau revient l'honneur d'avoir le premier nettement formulé les principes de la méthode et de l'avoir appliquée. Langenbeck et les chirurgiens qui l'ont suivi ont ajouté d'heureux perfectionnements au procédé de Baizeau, surtout dans l'application de ce procédé aux fissures congénitales de la voûte palatine. Voici comment on pratique aujourd'hui cette opération.

On commence par aviver le pourtour de la fistule et l'on prolonge l'avivement, en avant et en arrière, de 1 centimètre au delà de l'orifice, afin de diminuer la courbe de ses bords et de faciliter leur rapprochement. Plus en dehors, le long des arcades dentaires, on pratique des incisions parallèles aux bords avivés de l'ouverture anormale, se continuant aussi loin, en avant et en arrière, mais sans se réunir. Les deux lambeaux ainsi limités, on détache de la voûte toute la fibro-muqueuse qui est comprise de chaque côté entre les incisions et la fistule. On obtient ainsi deux voiles mobiles qui, attirés en dedans, se rejoignent facilement sur la ligne médiane, et forment, après avoir été maintenus par deux ou trois points de suture, un pont au-dessous de la perforation. Cela fait, il reste de chaque côté des lambeaux une perte de substance qui ne tarde pas à bourgeonner et à se cicatriser.

La description précédente s'applique surtout aux perforations accidentelles de la voûte palatine. On comprend, en effet, que le siège, la direction et l'étendue des incisions varient selon les conditions de la fistule.

Pour les fissures congénitales, l'avivement terminé des deux côtés, on incise la muqueuse jusqu'à l'os de chaque côté et suivant une ligne qui se rapproche plus ou moins de l'insertion de la gencive sur le collet des dents. Il va sans dire que la limite externe des lambeaux peut être un peu reportée en dedans dans les cas où la fissure à combler n'est pas trop large. En avant, les incisions doivent rentrer légèrement en dedans, afin de faciliter le déplacement ultérieur du lambeau vers la ligne médiane. En arrière, chaque incision descend sur les côtés du voile du palais. Les muscles de celui-ci doivent être coupés; et plus tard, lorsqu'on a procédé

au décollement des lambeaux palatins et que ceux-ci n'arrivent pas facilement au contact, il faut poursuivre le décollement en arrière, détacher avec soin les insertions postérieures et supérieures du voile aux os palatins, à l'aide de ciseaux courbes introduits de chaque côté par les plaies latérales. Enfin si l'on remarque que les lambeaux sont encore tendus, on ne devra pas hésiter à couper les muscles du voile du palais, comme dans le procédé de staphylorrhaphie de Sédillot.

Revenons maintenant sur deux temps de l'uranoplastie: le décollement des lambeaux et la suture. Langenbeck, le premier, a insisté pour détacher le périoste de la voûte palatine en même temps que la muqueuse. Cette précaution, qui assure une vitalité plus grande aux lambeaux, donne aussi les chances d'une reproduction osseuse. Ce décollement des parties molles de la voûte osseuse se fait très-bien avec l'instrument représenté (fig. 186) et préconisé par Rouge. C'est une sorte de rugine légèrement recourbée à son extrémité. L'opérateur détache les lambeaux de dehors en dedans, en procédant aussi rapidement que possible, car ce temps est le plus douloureux, mais il faut néanmoins y mettre une grande attention, de façon à ne pas déchirer les lambeaux.

Quant au mode de suture, nous donnons la préférence à la suture métallique; et pour le passage des fils, nous conseillons d'avoir recours à l'instrument si simple imaginé par Trélat et dont nous avons pu apprécier

le maniement facile, comparativement aux modes de suture plus ou moins compliqués décrits par les auteurs. Cet instrument (fig. 187) consiste en une aiguille fixe, montée sur un manche de longueur convenable; le chas se trouve aussi près que possible de sa pointe, qui est recourbée de manière à revenir parallèlement à la tige. Pour mettre les fils, l'aiguille introduite dans la solution de continuité du palais est dirigée de telle sorte que sa pointe vienne s'appliquer sur la face supérieure de l'un des lambeaux, à quelques millimètres en dehors du bord



FIG. 186. — Rugine pour décoller la fibro-muqueuse du palais.



FIG. 187. — Aiguille de Trélat.

correspondant. En tirant l'aiguille à soi, on lui fait traverser de haut en bas le lambeau, la pointe apparaît dans la bouche, et, après avoir introduit un fil dans le chas, on ramène celui-ci au-dessus du lambeau. Il suffit alors de faire exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation pour amener la pointe de l'aiguille sur la face supérieure du second lambeau, lui faire traverser celui-ci de haut en bas, et faire saillir dans la bouche la pointe armée du fil. Celui-ci est alors dégagé du chas, l'aiguille est retirée, et les deux lambeaux se trouvent réunis par une anse de fil.

Il nous reste à dire un mot d'une opération récemment imaginée par Lannelongue, qui ne l'a pratiquée que pour l'oblitération de fissures congénitales unilatérales, et qui se propose de l'appliquer également aux fissures bilatérales. Chrétien, dans sa thèse, a fait connaître en détail ce nouveau procédé dans lequel le lambeau est pris sur la cloison des fosses nasales. Dans un premier temps, le chirurgien fait une incision horizontale sur la cloison, à une hauteur variable selon la largeur qu'il veut donner au lambeau; des extrémités antérieure et postérieure de cette incision, il en fait descendre deux autres verticales. Dans le second temps, le lambeau limité par les trois incisions est décollé avec une rugine sur toute son étendue, excepté en bas au niveau du bord inférieur de la cloison où il doit rester adhérent par un pédicule large et épais. Le troisième temps consiste uniquement en l'avivement du bord externe de la fistule, à l'aide du bistouri ou des ciseaux. Enfin, dans le quatrième temps, le lambeau décollé est rabattu, et son bord supérieur rapproché du bord avivé de la fissure est maintenu dans cette position par quelques points de suture entrecoupée.

Plus tard, la chéilorrhaphie ou la staphylorrhaphie complètent cette restauration.

Lannelongue a pratiqué trois fois cette opération, et trois fois avec plein succès; non-seulement le lambeau, très-vasculaire, ne s'est pas mortifié, mais encore le chirurgien aurait constaté, dans deux cas, la régénération osseuse de la voûte palatine au niveau de la fissure oblitérée.

Quel que soit le procédé employé, le malade doit après l'opération, observer un repos et un silence absolu. L'alimentation doit être surveillée avec soin : on ne permettra pendant les quatre ou cinq premiers jours que l'usage des liquides, le bouillon et le lait; encore sera-t-il nécessaire de faire boire avec grande précaution, à l'aide d'un biberon.

De même que pour le bec-de-lièvre, on s'est préoccupé de déterminer l'âge auquel il convient d'opérer les enfants atteints de fissure congénitale de la voûte palatine. Sans fixer à cet égard de règle absolue, on peut dire d'une manière générale qu'il y a avantage à opérer de bonne heure au point de vue du développement ultérieur de l'enfant. Cependant on doit tenir compte avant tout de l'état de santé et de force du sujet. Si celui-ci est vigoureux et bien portant, il sera permis de pratiquer l'ura-

noplastie presque aussitôt après la naissance. Dans le cas contraire, on devra attendre jusqu'à la fin de la première année. D'ailleurs, la question est souvent complexe, car il est bien rare que la fissure de la voûte palatine existe seule; le voile du palais est le plus souvent divisé, en même temps qu'il existe un bec-de-lièvre, et le chirurgien a à se demander s'il doit remédier de suite à ces diverses malformations ou s'il doit procéder successivement à la triple réparation de la lèvre, de la voûte et du voile du palais, et, dans ce cas, il importe de décider dans quel ordre il procédera. Nous adoptons complètement à cet égard l'opinion de Rouge (1), basée sur l'examen des faits connus, et nous dirons que, dans les cas de malformation complexe de la lèvre, de la voûte et du voile du palais, le chirurgien doit commencer par réparer la lèvre le plus tôt possible après la naissance; puis, ne pratiquer l'uranoplastie que vers la fin de la première année, et enfin réserver la réparation du voile du palais pour une époque ultérieure, vers l'âge de six ou sept ans.

Quant aux moyens anesthésiques, il faut d'une manière générale ne point en faire usage : la salivation abondante et les vomissements qu'ils provoquent entravent et compliquent la manœuvre; leur emploi, en un mot, crée au chirurgien de nouveaux embarras dans ces opérations déjà par elles-mêmes trop laborieuses.

Tout en considérant l'uranoplastie comme une véritable conquête chirurgicale, il importe de savoir que, dans les divisions congénitales, même après une opération suivie de succès, le résultat cherché peut être incomplet. La voûte palatine est réparée, l'uranoplastie a amélioré la prononciation, mais le timbre de la voix est altéré, le nasonnement persiste. Rouge insiste sur ce point, dans son mémoire, et recherchant les causes de cette imperfection il conclut en ces termes : « Le résultat fonctionnel de l'uranoplastie est lié à l'état des fosses nasales. Quand celles-ci sont larges, spacieuses, quand le nez est bien conformé, le succès de l'opération se rapproche le plus possible de la perfection. Si, au contraire, ces parties sont rétrécies, si leurs cavités et leurs orifices manquent d'ampleur, si le vomer gêne par sa position vicieuse la libre circulation de l'air, alors il persistera une altération plus ou moins considérable du timbre de la voix. » Nous reviendrons d'ailleurs plus longuement sur ce sujet à l'occasion des fissures du voile du palais.

(1) *Loc. cit.*, p. 29.