

être aussi ordinairement extirpés de cette manière. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un carcinome, on est toujours obligé de sacrifier la muqueuse et souvent aussi la paroi osseuse du palais.

Des fissures et pertes de substance de la voûte palatine et de leur traitement opératoire et prothétique

§ 136. **Fissures congénitales du palais.** — Nous avons déjà décrit et figuré les fissures congénitales du palais dans notre étude du bec-de-lièvre. Nous y renvoyons donc le lecteur d'une manière générale (voir § 60 et 61) et nous nous contentons de rappeler ici que les fissures varient beaucoup de longueur, de largeur et de forme. Parfois la luvette seule se trouve divisée, ou bien la fissure médiane du voile du palais ne s'étend pas jusqu'aux os palatins. Dans d'autres cas, elle intéresse toute la portion molle et quelquefois aussi la portion osseuse du palais. A côté de ces formes viennent se ranger les fissures diverses du palais dur, qui tantôt sont combinées avec une division du voile du palais, tantôt se montrent d'une façon indépendante. La fissure peut être bilatérale, et dans ce cas le vomer se trouve situé au milieu de la fente, ou unilatérale, et alors le vomer est soudé à l'une des apophyses palatines, le plus souvent à celle de droite. On sait que la partie antérieure de la fissure présente aussi de grandes variétés de forme; les apophyses palatines du maxillaire peuvent être seules divisées alors que le rebord alvéolaire est intact, ou bien ce dernier présente une fissure simple ou double, et l'os intermaxillaire fait plus ou moins saillie en avant. Il est rare d'observer des perforations isolées du palais dur.

Au point de vue opératoire la disposition anatomique de la voûte palatine divisée est d'une grande importance. En effet, dans les fissures doubles les parties divisées conservent une position qui, en tous cas, se rapproche beaucoup de l'horizontale; il n'en est plus de même dans les fissures unilatérales; ici le vomer s'est soudé d'un côté à l'apophyse palatine correspondante, tandis que l'autre apophyse non réunie affecte une direction plus ou moins verticale et est souvent atrophiée.

Les fissures palatines entraînent avant tout des **troubles de la phonation**. Seules les fentes qui ne s'élèvent pas beaucoup au-dessus de la luvette ne s'accompagnent habituellement d'aucune altération de la voix, tandis que toute division plus étendue gêne de deux manières l'émission des sons articulés; d'une part ces derniers prennent un timbre nasonné parce que la cavité nasale ne peut être fermée, et, d'autre part, un certain nombre de lettres ne peuvent être prononcées à cause du défaut d'intégrité de l'appareil dont les vibrations servent à leur articulation.

Les voyelles sont produites par le courant d'air expiré qui traverse la cavité buccale, à laquelle on a donné des formes variables suivant la lettre qu'il

s'agit de prononcer. Les bruits ainsi engendrés ont, même dans le chuchotement, une hauteur de ton bien déterminée; mais lorsqu'on prononce une voyelle à haute voix, il s'y ajoute le son glottique avec le timbre correspondant. Pour que la bouche puisse prendre les différentes formes qui donnent à chacune des voyelles son caractère propre, il est avant tout nécessaire qu'il n'existe, au moment de son émission, aucune communication entre les cavités nasale et buccale. Lorsque ces cavités communiquent entre elles, les voyelles, prononcées à haute voix, prennent un timbre nasonné. L'occlusion s'opère à l'état normal par l'application du voile du palais contre le bourrelet que forme la paroi postérieure du pharynx, grâce à la contraction du muscle constricteur supérieur de cet organe. On comprend dès lors que l'articulation des voyelles puisse être altérée aussi bien par le fait d'une occlusion défectueuse de l'ouverture palato-pharyngienne que par l'existence d'une perforation du palais dur. — L'articulation des consonnes subit aussi des altérations dans ces cas. Les consonnes sont produites par les vibrations que l'air expiré imprime à certaines parties mobiles du conduit bucco-pharyngien; ces vibrations prennent les intonations diverses que leur donne le son glottique constituant la voix. L'émission des consonnes dépend de la possibilité de l'occlusion du tube bucco-pharyngien sur trois points principaux, à savoir 1. au niveau des lèvres, 2. au niveau de la langue et 3. au niveau du voile du palais. Dans les cas de fissure palatine ce sont les deux derniers points seulement dont la fermeture est défectueuse; celle du palais est presque toujours incomplète, et il en est souvent de même de l'occlusion que produit la pointe de la langue en venant s'appuyer contre la partie antérieure de la voûte palatine. Par conséquent, dans ces conditions, les consonnes et diphtongues nasales (m, n, on, in, etc., et le g des allemands) sont les seules qui puissent être prononcées distinctement parce que leur articulation exige précisément une libre communication entre la bouche et la cavité nasale; par contre les consonnes palatines ne pourront être émises que d'une façon imparfaite parce que leur articulation exige l'occlusion plus ou moins complète de la cavité bucco-pharyngienne, et il en est de même des linguales lorsque la fissure s'étend jusqu'à la partie antérieure de la voûte palatine. Tous les sons émis prennent alors un timbre nasonné dû à la communication entre la bouche et la cavité nasale<sup>1</sup>.

1. Comme on le verra plus loin, la guérison des fissures du palais par l'urano-staphyloraphie est loin de faire disparaître toujours le nasonnement. La cause de cet altération de la voix serait donc plus complexe qu'on ne le suppose généralement. Cette question a été longuement discutée par ROUGE dans son travail sur l'urano-plastie et les divisions congénitales du voile du palais. Ce chirurgien n'admet pas l'opinion de PASSAVANT et de SIMON, qui font dépendre la persistance du nasonnement de la brièveté du voile du palais à la suite de la staphyloraphie, et admettent que pour que la phonation soit normale, le bord inférieur du voile doit s'appliquer exactement contre la face postérieure du pharynx. D'après ROUGE, même à l'état normal, l'occlusion de la cavité bucco-pharyngienne par le voile du palais est toujours incomplète dans la phonation; en effet, lorsqu'on prononce la série des lettres de l'alphabet en se pinçant les narines, chaque lettre est émise avec le timbre nasal, ce qui indique bien le passage de l'air et la résonance des sons dans les fosses nasales. Cet auteur a d'ailleurs vu deux fois le voile presque entièrement détruit, sans altération du timbre de la voix. D'après lui le timbre normal ou

L'altération de la phonation constitue certainement, au point de vue des relations sociales, l'inconvénient le plus grave des fissures du palais. Les individus atteints de cette malformation apprennent presque toujours à empêcher, par des mouvements appropriés de la langue, le passage de quantités notables d'aliments dans la cavité nasale. Chez les nouveau-nés l'existence d'une fissure du palais expose le sujet, comme nous l'avons déjà dit à propos du bec-de-lièvre, aux dangers de la bronchite et de la pneumonie. Beaucoup d'enfants succombent à ces maladies.

§ 137. — Depuis l'époque où l'on a étudié avec soin, au point de vue anatomique, les fissures congénitales du palais, et surtout depuis que l'on a appris de plus en plus à réparer les pertes de substance en général par des opérations plastiques, on a bien souvent tenté de fermer par voie opératoire les fissures de la voûte palatine.

En Allemagne ce fut GRAEFE qui pratiqua le premier la suture du voile du palais (staphyloraphie), et, bientôt après lui, ROUX en France exécuta plusieurs fois cette opération avec succès. DIEFFENBACH, que l'on retrouve à chaque pas dans le domaine de la chirurgie autoplastique, a également contribué à perfectionner la staphyloraphie par ses incisions de détente et d'autres détails opératoires de son invention. Mais tandis que l'on voyait se multiplier les succès obtenus par la suture dans les divisions du palais mou, aucun des procédés employés pour fermer les fissures de la portion osseuse de la voûte palatine ne donnait le résultat désiré. Les tentatives ayant pour but de combler la fissure par un lambeau de muqueuse, tentatives bien souvent renouvelées et par des chirurgiens vivant à des époques différentes (WARREN, FERGUSON, POLLOCK), n'ont été que très exceptionnellement couronnées de succès, et encore les résultats obtenus étaient-ils imparfaits. Parmi ces chirurgiens nous devons certainement ranger BAIZEAU en faveur duquel les auteurs français ont souvent revendiqué, au détriment de LANGENBECK, le mérite d'avoir introduit de la méthode dans le domaine de l'uranoplastie<sup>1</sup>.

vicioux de la voix dépend de la conformation des fosses nasales et du nez, et de celle de la partie supérieure du pharynx. Dès que le passage de l'air à travers les fosses nasales et les narines est entravé, la voix est nasonnée (coryza, polype). Chez les sujets affectés d'une perforation accidentelle du palais il entre dans les fosses nasales, soit par les voies normales en arrière, soit par la solution de continuité de la voûte, plus d'air qu'il n'en peut sortir par les narines dans le même espace de temps. Le résultat est, en fin de compte, le même que dans les arrêts de développement ayant déterminé l'atresie des narines et des fosses nasales. Seulement leur diminution de capacité, au lieu d'être absolue, n'est que relative. Aussi suffit-il alors de fermer la perte de substance pour modifier le timbre de la voix et lui rendre sa netteté.

1. Voici à ce propos quelques détails tirés également de l'ouvrage de ROUGE (p. 21): En 1838 un chirurgien militaire français, BAIZEAU, publiait dans la *Gazette des hôpitaux*, un cas de restauration réussie du palais par une autoplastie périostique à double pont. Il s'agissait d'une perforation accidentelle du palais. BAIZEAU tailla de chaque côté de la perforation, parallèlement à son axe longitudinal, deux lambeaux qui furent détachés de la voûte osseuse, de telle sorte qu'ils

Dans ces dernières années on a, du reste, tenté maintes fois de mettre de nouveau en pratique le procédé proposé jadis par DIEFFENBACH, et qui, entre les mains de BUHRING et de WUTZER, avait donné quelques bons résultats. Ce procédé consiste à aviver les bords de la perte de substance du palais, à détacher ensuite, à l'aide du bistouri et des ciseaux, et parallèlement aux deux bords de la fissure, une bandelette comprenant toute l'épaisseur de la voûte palatine, c'est-à-dire l'os, le périoste et la muqueuse; puis à attirer fortement sur la ligne médiane les deux petits lambeaux ostéo-membraneux et à les réunir par des sutures. FERGUSON, dans les derniers temps de sa vie, a exécuté un grand nombre d'opérations de ce genre, et les chirurgiens français (LANGENBECK entre autres) ont publié quelques succès obtenus par la méthode de DIEFFENBACH. Quant à nous, nous ne pensons pas que le procédé dont nous venons de parler mérite la préférence sur celui de LANGENBECK, tant au point de vue de la sûreté de la guérison qu'à celui du résultat fonctionnel; du reste, il n'est pas applicable à tous les cas.

A notre avis, la méthode rationnelle de traitement opératoire des fissures du palais ne date que de l'époque où LANGENBECK (1862) publia son travail intitulé: *De l'uranoplastie par décollement et suture de la muqueuse et du périoste du palais dur*.

Les succès obtenus par cette méthode ne tardèrent pas à se multiplier et on les compta bientôt par centaines; en effet même entre les mains de chirurgiens peu exercés, elle pouvait donner de bons résultats. Cette méthode de LANGENBECK, que nous allons décrire en détails, n'a pas subi jusqu'ici de modifications essentielles grâce à l'excellence de son principe fondamental, qui est d'utiliser le revêtement muco-périosté du palais dans toute son épaisseur; en outre les différentes incisions auxiliaires, déjà employées avant LANGENBECK, entre autres la section des muscles du voile du palais ayant pour but de produire un relâchement de cet organe [FERGUSON], ont été si bien utilisées dans la méthode opératoire du chirurgien de Berlin, qu'il n'était pas possible d'apporter à cette dernière des modifications de quelque importance. Dans les cas bien réussis d'uranoplastie le résultat obtenu après la réunion du revêtement palatin décollé était excellent, tant au point de vue de la forme qu'à celui de la résistance, grâce à la couche osseuse fournie par le périoste, si bien que les traces laissées par les lignes de suture permettaient seules de distinguer

restaient adhérents par leurs extrémités, en avant comme en arrière. Ces lambeaux furent suturés sur la ligne médiane après avivement des bords de la perforation: la réunion se fit partout, sauf en un point où il resta une petite fistule qui guérit après de légères cautérisations au fer rouge. En 1860 Baizeau pratiqua de nouveau deux opérations; la première réussit, la seconde échoua. La même année LANGENBECK, dans les *Archiv für klin. Chirurgie*, émit également l'idée de comprendre le périoste dans les lambeaux, et il insista sur la conservation du périoste qui devait, selon lui, reproduire une voûte osseuse. En 1862 il attira l'attention du public médical français sur sa méthode dans un mémoire sur l'uranoplastie publié dans les *Archives générales de médecine*.

(Note du traducteur).