

le palais restauré d'un palais normal. Mais on s'aperçut bientôt qu'il y avait une ombre au tableau : dans la grande majorité des cas la phonation ne s'était pas améliorée autant qu'on l'avait espéré. Dans quelques cas il est vrai, la parole ne présentait plus trace d'altération après l'opération : mais, le plus souvent, l'opéré conservait le timbre nasonné de la voix ainsi qu'une articulation défectueuse de certaines lettres, dont la prononciation exige l'occlusion exacte de la cavité bucco-pharyngienne par le voile du palais. On se consola tout d'abord dans l'idée que cet inconvénient était la conséquence du manque d'exercice des muscles du voile du palais et que le traitement *orthopédique* de ces muscles ferait disparaître ce défaut de prononciation. Mais bientôt il devint évident que la cause des troubles de la phonation devait presque toujours être cherchée dans d'autres conditions anatomiques. On découvrit, en effet, que par la réunion des parties divisées le voile du palais se trouvait rétréci dans son diamètre transversal et soumis, par conséquent, à une tension exagérée ; d'autre part, — et c'est le fait le plus important dans la grande majorité des cas, — on constata que le voile reconstitué n'a pas une longueur suffisante pour que, par la contraction des muscles de la région, sa face postérieure puisse venir s'appliquer contre le constricteur supérieur et la face postérieure du pharynx, et fermer ainsi l'orifice de communication entre la bouche et la cavité nasale.

Dès que l'on eut connaissance des faits que nous venons de signaler, grâce surtout aux recherches de PASSAVANT, on chercha, soit par la méthode opératoire, soit par une nouvelle intervention chirurgicale, à obtenir un allongement du voile du palais. De ces tentatives sont nés surtout les procédés opératoires imaginés et exécutés aussi en partie par PASSAVANT lui-même. L'un de ces procédés consiste à suturer, après avivement, la luette à la paroi postérieure du pharynx, de façon à obtenir la réunion définitive de ces parties ; grâce à cette fixation de la luette, les mouvements du voile du palais d'une part, et du constricteur supérieur du pharynx, d'autre part, déterminent dans l'acte de la phonation une occlusion assez complète de l'orifice postéro-supérieur de la cavité bucco-pharyngienne. SCHOENBORN améliora cette méthode opératoire en taillant dans la paroi postérieure du pharynx un lambeau qu'il fixait par des sutures entre les deux moitiés du voile du palais divisé. Mais même ces procédés n'ont pas donné les bons résultats que l'on en attendait, ainsi que j'ai pu m'en convaincre moi-même dans plusieurs cas dans lesquels j'avais pratiqué l'opération de SCHOENBORN. D'autres chirurgiens ont eu également des succès. La méthode de SCHOENBORN, en effet, ne remédie pas complètement au nasonnement ; elle a, en outre, un grave inconvénient : on ne peut limiter exactement l'effet de l'opération, et l'on court le risque de produire une occlusion trop complète de l'orifice palato-pharyngien avec toutes les conséquences qu'entraîne, comme nous l'avons vu plus haut (§ 131 et suivants), l'adhérence du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx. Aussi semble-t-il que cette opération, toute ingénieuse qu'elle soit, doive être rejetée dans un certain nombre de cas spécifiés plus loin, et remplacée

par un obturateur bien construit. SUERSEN, en effet, se basant sur les recherches de PASSAVANT, est parvenu à construire des appareils prothétiques d'une grande perfection. Un obturateur palatin est muni d'un prolongement large et épais allant jusqu'à la paroi postérieure du pharynx ; ce prolongement est assez mou pour garder l'empreinte des parties latérales du palais mou et de la saillie du constricteur supérieur. L'obturateur peut être alors travaillé de façon à réaliser la séparation complète des cavités nasale et buccale et à rendre à la voix toute sa pureté.

L'obturateur de SUERSEN n'en a pas moins certains inconvénients. Abstraction faite de son volume assez considérable, et de la nécessité de le changer souvent chez l'enfant à mesure de la croissance, il tend bien plutôt à augmenter encore qu'à diminuer l'étendue de la fissure palatine. En outre, ainsi que WOLFF le fait remarquer avec raison, l'obturateur n'enlève pas au malheureux qui est obligé de s'en servir, le sentiment pénible de l'absence du palais. Dans ces conditions il est certainement avantageux de reconstituer autant que possible le palais par voie opératoire, de façon à pouvoir ensuite adapter un appareil prothétique moins volumineux, et par conséquent moins gênant. C'est dans cette direction qu'ont été faites les tentatives les plus récentes, et tout d'abord celles de PASSAVANT ; l'opération terminée, ce dernier pratique au milieu du voile du palais une incision transversale assez grande pour que, lorsqu'on y introduit un corps étranger, par exemple un fragment d'éponge, le voile se trouve refoulé assez loin en arrière pour venir s'appliquer contre la paroi du pharynx ; puis il passe quelques sutures à travers la lèvre postérieure de la plaie qu'il maintient ouverte en y laissant à demeure un morceau de gutta-percha auquel on a donné la forme d'un bouton de chemise. Une fois la plaie guérie, il fait façonner un fragment de caoutchouc durci d'après le modèle en gutta-percha. Ce procédé est encore trop nouveau pour que l'on puisse juger définitivement de sa valeur ; mais un fait bien certain, c'est qu'il corrige presque complètement le timbre de la voix. Peut-être convient-il de lui préférer le procédé tout récent de WOLFF. Dans un cas de brièveté anormale du voile, ce chirurgien se fit faire par un dentiste (SCHILTZY) un obturateur qui venait se fixer aux dents par l'intermédiaire d'une petite plaque palatine ; cette plaque se prolongeait en arrière sous la forme d'une tige portant une petite boule creuse élastique, laquelle s'adaptait exactement, dans tous les mouvements, au voile du palais d'une part, et à la paroi postérieure du pharynx d'autre part.

Il ressort donc de notre exposé du traitement des fissures palatines que l'opération doit être pratiquée dans tous les cas. Très rarement le voile du palais sera suffisamment développé pour que l'opération ait pour résultat de faire disparaître entièrement les troubles de la phonation. Lorsque le nasonnement persiste, on arrive encore assez souvent à améliorer notablement la voix, à condition que le voile palatin ait une longueur suffisante, par des exercices consistant à faire contracter énergiquement les muscles de la lèvre, de la langue et du palais. Si l'on ne peut obtenir ainsi une amélioration, on doit alors, d'après notre expérience personnelle, renoncer à toute nouvelle intervention opératoire dans le genre de celles

de PASSAVANT et de SCHOENBORN, et cela pour les motifs donnés plus haut à propos de l'étude de ces procédés. C'est pourquoi, lorsque les troubles de la phonation persistent à la suite de l'opération, nous conseillons de chercher à rendre autant que possible à la voix son timbre normal par l'adaptation d'un obturateur de SCHILTZKY, et par des exercices convenables.

Quant à l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'uranoplastie et la staphyloraphie, on est actuellement assez généralement d'accord pour admettre que l'opération ne doit pas être tentée dans les premiers temps de la vie. La staphyloraphie hâtive n'a encore jamais réussi. L'uranoplastie pratiquée dans la première enfance a donné, il est vrai, quelques succès (BILLROTH, SIMON, etc.), mais il est préférable de laisser s'écouler quelques années avant d'opérer. La possibilité de s'aider de l'anesthésie (voir § 138) permettra sans doute à l'avenir de différer un peu moins l'opération, que l'on pratiquera si possible entre la deuxième et la quatrième année. On ne peut nier, en effet, qu'au point de vue de la phonation il y a tout avantage à ce que le palais de l'enfant soit déjà restauré lorsqu'il commence à parler. Contrairement à l'opinion que nous avons émise dans la précédente édition de cet ouvrage, nous sommes d'avis actuellement de pratiquer l'uranoplastie et la staphyloraphie dans une seule séance. Nous ne voyons absolument pas pourquoi on ne réunirait à la fois qu'une partie de la fissure. Si dans bien des cas la staphyloraphie ne réussit pas complètement, la réunion du palais mou s'opère cependant en partie, ce qui constitue déjà un réel avantage.

§ 138. — Pour pratiquer la **staphyloraphie** il faut avoir à sa disposition des érignes, des pinces à griffes, un bistouri pointu à double tranchant, un ténotome à forte courbure, des ciseaux coudés et les instruments nécessaires pour la suture. Les commissures des lèvres sont habituellement attirées en dehors à l'aide de deux crochets mousses fortement recourbés semblables aux écarteurs des paupières, et fixés par des liens de caoutchouc noués derrière la tête. Au besoin la bouche sera maintenue ouverte au moyen de l'écarteur des mâchoires de ROSER. Dans ces derniers temps, du reste, divers instruments, dont quelques-uns nous ont paru très pratiques, ont été inventés dans le but de maintenir la bouche ouverte pendant l'opération en question ou d'autres opérations analogues. Ainsi l'appareil de WHITEHEAD qui maintient la bouche ouverte et la langue abaissée, nous paraît mériter au moins une partie des éloges que HUETER lui a décernés. La figure ci-jointe suffit pour en faire comprendre le mode d'emploi.

Dans ces derniers temps TRÉLAT a inventé un écarteur qui paraît encore préférable à celui de WHITEHEAD. Ce dernier, en effet, présente plusieurs inconvénients assez sérieux, bien qu'il m'ait rendu dans un cas de très grands services.

Dans la staphyloraphie comme dans l'uranoplastie l'opérateur doit avoir à sa disposition de l'eau glacée pour combattre l'hémorragie. Un avantage sérieux de la méthode opératoire actuelle c'est que l'on peut anesthésier profondément les petits malades. Lorsqu'on prévoit que l'opération sera de longue durée, on a le choix entre la trachéotomie préventive suivie de l'introduction d'une canule-tampon par laquelle on continue la narcotisation, et, d'autre part, la méthode de ROSE consistant à placer le patient la tête pendante. Une longue expérience me permet de conseiller vivement l'emploi de ce dernier procédé; car non seulement il permet d'opérer sur un sujet complètement anesthésié, mais encore le champ opératoire se présente très commodément dès que l'on a pris l'habitude d'opérer dans cette position. La langue est refoulée

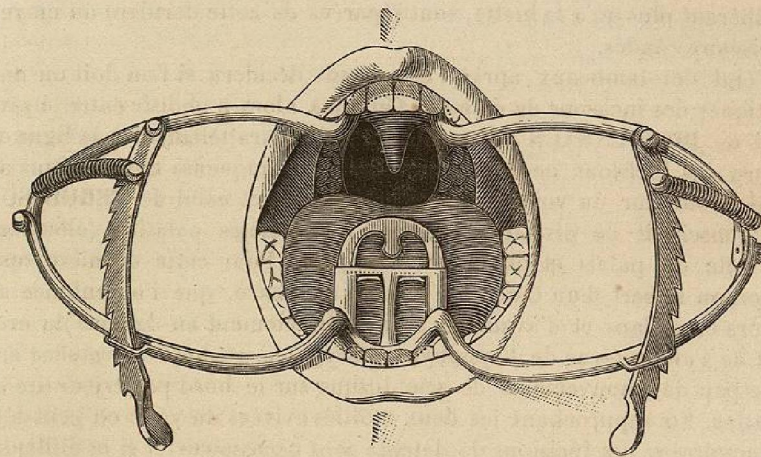


Fig. 88. — Écarteur des mâchoires de WHITEHEAD.

contre le plancher buccal à l'aide d'une spatule coudée, d'un manche de cuiller recourbé, ou mieux encore, lorsqu'on l'a à sa disposition, de l'abaisse-langue d'ASH décrit antérieurement (fig. 52). La bouche est maintenue ouverte par l'écarteur des mâchoires de ROSER. Dans mes dernières opérations le spéculum buccal extrêmement simple de GUTSCH m'a rendu de très grands services; il permet en effet de se passer de tous les instruments que nous venons de décrire.

Avant l'opération la bouche doit être bien désinfectée; on enlèvera toutes les croûtes qui peuvent se trouver dans la cavité nasale, et l'on frotera tout le terrain opératoire avec une éponge imbibée d'une solution d'acide phénique ou de sublimé. Pendant l'opération, et surtout avant l'application des sutures, on aura soin de laver encore une fois les cavités nasale et buccale avec une solution d'acide salicylique; pour ce lavage l'opéré sera placé la tête pendante.