

les fils d'argent. Pour fixer la suture, on engage les deux fils réunis dans la fente d'une petite plaque surmontée par un manche qu'on appelle « *ajusteur de la suture*, » et pendant qu'on retient les fils d'une main, on pousse de l'autre la plaque contre le voile jusqu'à ce que les bords de la plaie soient en contact parfait. On

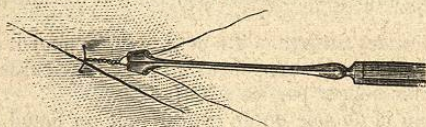


FIG. 545.

Tord-fil de Coghill.

sépare alors les deux chefs de fil qu'on engage dans les deux petits tubes accolés du tord-fil de Coghill, et on les fixe en les tordant (fig. 545).

On peut aussi se servir des tubes de Galli, mais ils glissent facilement sur des fils métalliques. Pour prévenir leur déplacement et empêcher que le fil non soutenu ne coupe trop facilement les chairs, j'ai fait ajouter au tube de Galli un disque qui répond aux lèvres de la plaie, et le tube est remplacé par un cylindre plein, percé de deux trous (fig. 546). On arrête les fils en les tordant, ce qui permet de les sectionner plus facilement lorsqu'on veut enlever les sutures.



FIG. 546.

Tubes de Galli modifiés par Le Fort.

7° *Du relâchement des deux moitiés du voile.* — Nombre de staphylorrhaphies ont échoué, parce que les sutures tiraillaient trop fortement les deux moitiés du voile et coupaient les chairs avant la réunion. Le chirurgien en est averti de trois manières : 1° par la force inusitée qu'il a dû employer pour serrer les sutures jusqu'à l'affrontement exact ; 2° par un sentiment pénible de tiraillement qu'éprouve l'opéré vers les parties latérales ; 3° quelquefois enfin, parce que l'affrontement est tout à fait impossible. On y remédie par des incisions libératrices.

*Incisions latérales. Procédé de Dieffenbach.* — Lorsque toutes les sutures ont été serrées, on porte le bistouri sur chaque moitié

de voile, à 9 ou 10 millimètres de la ligne médiane, on le plonge en arrière, et on pratique ainsi de chaque côté une incision parallèle à la suture, d'un centimètre d'étendue au plus, qui ne remonte pas jusqu'aux os, et surtout ne descend pas jusqu'au bord inférieur. La rétraction des chairs convertit immédiatement ces deux incisions en deux trous ovalaires, qui permettent le passage de la salive et même des boissons, et qui d'ailleurs se ferment plus tard spontanément.

*Section du pilier postérieur. Procédé de Mason Warren.* — Appliqué particulièrement aux cas de fissure du voile et de la voûte palatine, mais toujours pour relâcher le voile. Après avoir constaté que les bords ne peuvent être rapprochés, on porte de longs et forts ciseaux, courbes sur le plat, en arrière du pilier antérieur, et l'on coupe avec soin de chaque côté les attaches du voile à l'amygdale et au pilier postérieur.

Fergusson a allié ces deux incisions. Seulement, il cherchait à pratiquer celle de Dieffenbach à la partie postérieure du voile, sans intéresser la muqueuse postérieure, et conseillait au besoin de couper encore les piliers antérieurs. Toute la question se réduit à relâcher les parties ; la section des muqueuses y aide autant peut-être que celle des muscles, et la règle pratique est d'agrandir les sections jusqu'à ce que le but soit atteint. Une autre innovation de Fergusson, suivie par Sédillot, c'est de faire ces sections à titre d'*opérations préliminaires*, c'est-à-dire avant de s'être assuré si elles sont indispensables. Je ne saurais assez m'élever contre une pareille pratique. Dans le plus grand nombre des cas, la suture suffit seule. Si, la suture faite, le tiraillement paraît trop prononcé, il y a une indication légitime d'en venir aux incisions latérales.

8° *Résection de la luette.* — Le voile du palais recousu ne présente pas à sa partie inférieure l'appendice flottant qui constitue à proprement parler la luette, il y a là une atrophie comparable à la perte de substance du bec-de-lièvre. De plus, la pointe qui descend de la partie médiane et qui représente ce qui reste de la luette est bien rarement réunie ; il y a une encoche au centre, et comme deux luettes embryonnaires séparées. Roux s'en mettait peu en peine, et se bornait à emporter d'un coup de ciseaux l'une de ces petites saillies. Nélaton a songé à refaire la luette même.

*Procédé de Nélaton.* — Lorsque la fissure ne comprend pas toute la hauteur du voile, il sépare les deux lambeaux d'avive-

ment comme A. Bérard, en les laissant unis par en haut ; mais par en bas il ne les détache pas du reste du voile, et les laisse pendre ainsi réunis, sûr ainsi d'avoir une lchette assez longue et d'éviter l'encoche inférieure. Si la fissure est trop étendue, il se borne à détacher un lambeau de chaque côté, comme dans le procédé de Malgaigne pour le bec-de-lièvre, et à les réunir par en bas à l'aide d'un point de suture.

*Appréciation.* — La staphylorrhaphie est très peu grave en elle-même et les accidents sont absolument exceptionnels. Le point important est de savoir quels bénéfices l'opéré a chance d'en retirer. Or il arrive souvent que la voix a très peu gagné, bien que la staphylorrhaphie ait parfaitement réussi. C'est que l'état de la voix ne tient pas seulement à la conformation des parties mais à la longue et vicieuse habitude des muscles, habitude qu'on ne corrige que par des études persévérantes. Quelquefois cependant le rétablissement de la voix est parfait aussitôt après l'opération. Lorsqu'on renoue le voile, accidentellement ou chirurgicalement divisé chez des sujets qui avaient auparavant la parole libre, l'opération leur rend immédiatement la liberté de la parole ; mais pour la division congénitale, l'amélioration est d'autant moindre et a d'autant plus de peine à se montrer que les sujets sont plus âgés, c'est-à-dire que les vicieuses habitudes des muscles sont plus enracinées.

De là, la haute importance de rétablir de bonne heure le voile du palais dans sa condition naturelle. Roux, cependant, à cause des difficultés de l'exécution, voulait qu'on remit l'opération à l'âge de dix-huit à vingt ans ; cette limite est trop éloignée et j'ai plusieurs fois réussi chez des sujets de sept à dix ans. Je ne conseille pas toutefois de la faire chez de trop jeunes enfants.

Passavant attribue le nasonnement à la brièveté du voile qui reste trop éloigné du pharynx. Il propose de suturer le milieu du bord libre du voile à la paroi postérieure du pharynx et paraît avoir fait avec un certain succès cette opération. Julius Paul attribue le nasonnement persistant, alors même que l'opération a réussi, à l'étroitesse et à la tension du voile. Ce qui est certain, c'est que lorsque le voile est court, ou réduit à des lambeaux étroits qu'il faudra tirer, on n'obtient pour la voix aucun bon résultat ; on peut donc repousser la section des piliers et des péristaphylins internes, car lorsque ces sections sont réellement nécessaires pour permettre le rapprochement, on ne peut guère attendre de l'opération qu'un assez mauvais résultat pour la parole. Si donc l'on croit que ces sections seraient nécessaires, il

faut autant que possibles'abstenir de la staphylorrhaphie et essayer tout d'abord l'emploi des obturateurs.

#### IV. — Division du voile et de la voute palatine.

La division de la voute, grave complication de celle du voile, varie beaucoup quant à son étendue. Elle peut être très limitée en arrière, ou se prolonger en avant jusqu'à l'arcade alvéolaire, ou enfin se prolonger à travers cette arcade et aboutir à un bec-de-lièvre : mais alors le bec-de-lièvre doit être opéré d'abord, et l'on attend pour le reste que les deux portions de la voute se soient plus ou moins rapprochées.

Il y a alors deux principaux procédés.

*Procédé de Roux.* — Il ne s'occupe que du voile. Après avoir placé les trois ligatures et avivé les bords de la division à l'ordinaire, il pratique avec le bistouri boutonné, parallèlement au bord postérieur de l'os palatin, et immédiatement au-dessous de ce bord, une section transversale de chaque côté du voile du palais, comprenant toute l'épaisseur de cet organe, et s'étendant en dehors jusqu'à l'apophyse ptérygoïde. On parvient par ce moyen, sans exercer avec les fils une constriction trop forte, à mettre en contact immédiat dans toute leur étendue les deux moitiés de la division.

Il est remarquable que Roux se soit restreint à ce procédé, après en avoir essayé un plus beau et plus complet, consistant à détacher des os la muqueuse palatine, et à la rapprocher en même temps que le voile à l'aide de la suture. Il n'obtint pas le succès désiré, en accusa le tiraillement excessif des deux moitiés du voile, et n'en tira d'autre conséquence que d'abandonner son procédé. Celui-ci a été repris et perfectionné par Mason Warren.

*Procédé de Mason Warren.* — Il commence par séparer la muqueuse de la voute palatine à l'aide d'un bistouri à deux tranchants et courbé sur le plat, jusque près des arcades alvéolaires. Cette partie de l'opération est fort laborieuse ; en avant à cause de la courbure de la voute, et plus encore en arrière, où la muqueuse adhère intimement aux muscles du voile, dont il faut bien aussi l'isoler dans une certaine étendue. Quand cette dissection est terminée, en général on amène assez facilement les parties molles jusque sur la ligne médiane ; sinon, c'est alors qu'on di-