

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 luette 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 s'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-



visé les piliers postérieurs; l'auteur dit que cette section a toujours été suivie d'un invariable succès. Il ne reste plus qu'à aviver les bords de la solution de continuité, et à les réunir par des points de suture, trois, quatre, ou plus, que l'on serre successivement de haut en bas. L'auteur recommande de les enlever au bout de quarante-huit heures, ou au plus tard après trois jours, et il attribue principalement ses succès à cette conduite.

Il me paraît plus prudent de laisser les sutures en place au moins quatre à cinq jours.

Mason Warren, dès 1843, rapportait déjà 14 opérations, et 10 autres en 1848, toutes, sauf une seule, suivies d'un succès plus ou moins complet. Chez quelques sujets, le succès se bornait à la réunion du voile; chez d'autres, le voile était réuni avec une partie de la fissure de la voûte, et il ne restait qu'une ouverture facile à fermer avec un obturateur; enfin, chez un bon nombre, la réunion immédiate était presque complète, sauf une petite lacune à l'angle supérieur, et cette lacune était assez facilement oblitérée à l'aide de cautérisations répétées.

Il convient d'ajouter cependant que Fergusson, appliquant le même procédé, a été beaucoup moins heureux: presque toujours il a vu, un jour ou deux après l'enlèvement des sutures, les tissus se déchirer, et quelquefois même la muqueuse palatine frappée de gangrène. Ces insuccès doivent peser sur le pronostic.

Au reste, même dans ses opérations les mieux réussies, Mason Warren a vu constamment la réunion immédiate manquer dans une petite étendue à l'angle supérieur de la fissure.

L'uranoplastie telle qu'on la pratique par le procédé de Langenbeck, que je décrirai plus loin, est supérieure au procédé pratiqué par Mason Warren. L'uranoplastie ostéoïde pratiquée par Gustave Simon s'applique surtout aux divisions congénitales de la voûte et du voile.

*Uranoplastie ostéoïde.* — G. Simon a pratiqué et décrit sous ce nom, en 1864, un procédé dérivé de celui de Langenbeck. On peut résumer ainsi la manœuvre opératoire: Avivement des bords de la fente avec le bistouri pour la muqueuse, avec la scie ou la lime pour les os; incisions latérales parallèles au bord alvéolaire comme dans le procédé de Langenbeck pour l'uranoplastie; section d'arrière en avant avec la scie de la voûte palatine osseuse au niveau des incisions latérales faites sur la muqueuse; fracture de la partie antérieure de la lame osseuse avec un ciseau pour la détacher de la partie antérieure et moyenne du bord alvéolaire; propulsion en dedans et vers la

ligne médiane du lambeau ostéo-muqueux au moyen du ciseau enfoncé dans la fente faite par la scie et agissant comme levier; suture des bords de la muqueuse limitant la fissure congénitale; enfin staphylorrhaphie sur le voile du palais.

Bien que décrit dans tous les auteurs classiques allemands, ce procédé ne paraît pas être entré dans la pratique ordinaire française. Cependant Lannelongue l'a mis en usage trois fois avec cette différence qu'au lieu de se servir de la scie pour séparer les lambeaux osseux, il se sert simplement du ciseau et du maillet. Il s'est très bien trouvé de cette pratique et a obtenu trois succès. Les ouvertures latérales se sont oblitérées en vingt ou vingt-cinq jours.

#### V. — Des perforations du voile.

Les perforations du voile peuvent être purement traumatiques, ou succéder à des ulcérations de nature diverse, ou enfin résulter d'une staphylorrhaphie avec absence de réunion à la partie supérieure. Elles n'ont ni le même siège, ni la même forme, ni la même étendue, et réclament en conséquence des procédés qui varient presque pour chaque cas particulier.

Dans un cas de déchirure toute récente du voile avec formation d'un lambeau triangulaire à base inférieure, Roux traversa le sommet du lambeau avec deux fils qui laissaient une anse en avant; glissa dans ces deux anses un petit rouleau de sparadrap comme pour la suture enchevillée; ramena les bouts des fils par la narine à l'aide de la sonde de Bellocq, et en les serrant sur un tampon de charpie placé au-devant de la narine, maintint le lambeau relevé et assez exactement affronté pour obtenir une réunion complète.

Quand la perforation est ancienne et petite, on peut tenter la cautérisation. Si la perforation est très large, on ne peut guère espérer de la boucher qu'en y transplantant un lambeau; opération difficile, et surtout d'un résultat fort douteux. Bonfils le premier tailla sur la voûte un lambeau pédiculé, qu'il disséqua d'avant en arrière pour le renverser et le tordre sur son pédicule et enfin le fixer par suture à la circonférence de l'ouverture du voile; l'opération échoua. Nélaton, à son tour, a proposé de tailler sur la moitié gauche du voile un lambeau triangulaire, limité bien entendu à la muqueuse, et de le réunir par la suture enchevillée. Ce procédé a été appliqué deux fois par A. Bérard



et par Blandin, et n'a pas réussi; Sédillot dit toutefois en avoir obtenu un résultat assez beau pour que des cautérisations successives aient suffi à le rendre complet.

Les progrès réalisés depuis vingt ans dans la staphyloraphie et l'uranoplastie permettent d'espérer la guérison de perforations, mêmes larges, par l'avivement et la suture. Il faut alors faire une opération analogue à l'uranoplastie, c'est-à-dire pratiquer largement sur les côtés les incisions latérales, libératrices de Dieffenbach.

#### VI. — Des perforations de la voûte palatine, uranoplastie.

Ces perforations sont fréquemment d'origine syphilitique; elles succèdent aussi aux divisions congénitales de la voûte pour lesquelles on n'a obtenu qu'une réunion incomplète. Pour les fermer, c'est toujours à la muqueuse palatine qu'il faut emprunter des lambeaux; et j'ai dit, à l'occasion du procédé de Mason Warren, combien la dissection avec le bistouri est pénible. Roux a expérimenté au contraire, et sur le cadavre et sur le vivant, que cette muqueuse est aisément décollée des os sous-jacents avec le manche d'un scalpel, particulièrement chez les jeunes sujets, et que l'on obtient ainsi des lambeaux à la fois fermes et flexibles. Les rugines spéciales que nous possédons aujourd'hui rendent ce décollement relativement facile.

Quelques-uns se sont bornés à décoller la muqueuse de chaque côté, de manière à pouvoir attirer ses bords sur la ligne médiane, Sédillot a essayé une fois ce procédé; le succès parut complet durant quelques jours; mais ensuite les bords de la plaie s'écartèrent, et la perforation se rétablit.

Krimer paraît être le premier qui ait découpé sur la muqueuse des lambeaux latéraux; il les laissait adhérer par leur base en arrière, et les taillait en pointe en avant; puis les réunissait sur la ligne médiane par une suture spéciale. Il réussit pour une division congénitale de la voûte, et échoua pour une perforation syphilitique.

Velpeau a essayé aussi de tailler deux lambeaux triangulaires, dont l'un avait sa base en arrière et l'autre sa base en avant. Mais il prend soin de remarquer que la muqueuse, avec sa dureté et son peu de vascularité, se prête mal à la formation de larges

ambeaux, et que si on leur donne plus de 12 à 13 millimètres de long, ils se mortifient presque inévitablement en tout ou en partie.

Enfin, Roux est arrivé, par sa manière de décoller la muqueuse, à avoir des lambeaux larges, épais et bien garnis de vaisseaux; pour ce dernier point, il recommande de laisser leur base adhérente en arrière, où ils reçoivent plus directement les ramifications de l'artère palatine.

Ces procédés ne méritent plus d'être décrits, tous sont remplacés aujourd'hui par le procédé à déplacement latéral, lequel consiste à détacher sur les côtés de la perforation avivée deux lambeaux en forme de pont, adhérents à leurs extrémités, comprenant toute la muqueuse et qu'on attire l'un vers l'autre. La priorité est réclamée en France pour Baizeau, en Angleterre pour Pollock, en Amérique pour Warren; elle appartient incontestablement à l'Allemagne, car si on ne parle que du procédé en pont, la priorité revient à Dieffenbach et remonte à 1834; il est vrai qu'ainsi on ne réussit guère; mais c'est Langenbeck qui eut l'idée de comprendre dans les lambeaux ainsi formés la muqueuse doublée du périoste et c'est ce procédé qu'on suit généralement aujourd'hui.

*Procédé de Langenbeck.* — On cerne la perforation par deux incisions qui se rejoignent en avant et en arrière en circonscrivant un très mince lambeau elliptique qu'on enlève. Cela fait, on pratique sur les parties latérales, près du bord alvéolaire, deux incisions courbes, parallèles à ces bords et dont la longueur varie avec le déplacement que devront subir les lambeaux; ces incisions doivent aller jusqu'aux os. On prend alors une rugine coudée sur le plat, ou un grattoir spécial arrondi à son extrémité tranchante, plat dans la partie qui doit appuyer sur l'os, convexe sur la face qui doit répondre à la muqueuse. Avec ce grattoir mené avec précaution, on détache les lambeaux avec l'os dans toute leur étendue, de manière à ce que l'instrument introduit près du bord alvéolaire vienne reparaitre au niveau de la perforation. On a cherché à ménager la palatine postérieure et à la dégager de son sillon; il est inutile de s'arrêter à cette précaution, car l'artère est à peu près toujours coupée, quoi qu'on fasse, quand l'incision doit être prolongée assez loin en arrière; du reste la palatine antérieure suffit à la nutrition des lambeaux. Ce temps de l'opération est presque toujours accompagné d'une petite hémorrhagie qu'on arrête en maintenant une



éponge au niveau de l'incision latérale. Lorsque l'écoulement a cessé, ce qui demande parfois un peu de temps, on procède au rapprochement et à la suture des lambeaux. Langenbeck se sert pour passer les fils d'une aiguille dans laquelle glisse un fil métallique terminé par un crochet pour ramener le fil à suture d'arrière en avant, tout en faisant la piqûre d'avant en arrière; cette aiguille trop grosse, d'un maniement incertain et difficile, m'a paru à l'usage plus qu'inutile. Les fils doivent être passés et serrés comme je l'ai déjà exposé pour la staphyloporrhaphie.

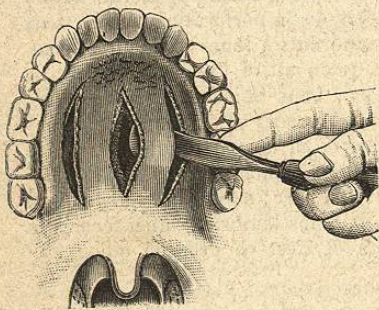


FIG. 547.

Uranoplastie. — Isolement des lambeaux.

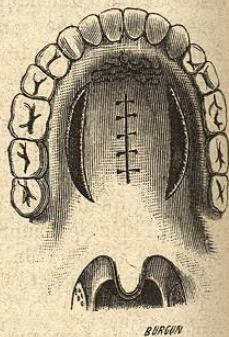


FIG. 548.

Suture des lambeaux.

La forme ogivale de la voûte palatine me faisant craindre que les lambeaux devenant rectilignes par suite de la traction ne s'appliquassent pas exactement sur l'os au niveau de la perforation, j'avais dans une de mes opérations fait passer d'abord les fils à suture dans un bout de sonde placé dans la narine; j'ai renoncé depuis à cette complication qui m'a paru pouvoir être abandonnée sans inconvénients, car j'ai depuis très bien réussi sans y recourir.

Dudon (de Bordeaux) au lieu de faire la suture, passe par les incisions latérales et place ainsi entre la muqueuse décollée et la voûte osseuse un ou deux rubans qu'il noue tout simplement dans la bouche. De plus, au lieu de faire l'avivement sur les bords, il le prolonge obliquement sur la face muqueuse. Ce procédé a l'inconvénient de rendre plus ogivale encore la voûte fermée par les lambeaux, d'écartier davantage les fentes latérales, d'interposer

un corps étranger entre l'os et la fibro-muqueuse. Malgré cinq succès assez satisfaisants nous trouvons ce procédé très inférieur au procédé ordinaire et nous ne saurions l'accepter.

Le périoste qui tapisse la face profonde du lambeau reproduit-il de l'os, comme le croyait Langenbeck d'après Ollier? On ne croit plus guère aujourd'hui à cette reproduction osseuse acceptée trop légèrement d'après des expériences sur les animaux; du reste, pratiquement cela importe fort peu pour les résultats, qui en général sont excellents après cette opération.

J'ai décrit plus haut l'uranoplastie ostéoïde de Simon (voy. p. 264).

#### VII. — Adhérence du voile du palais au pharynx.

« J'ai rencontré une fois, dit Malgaigne, cette curieuse lésion, qui empêche toute communication entre l'arrière-gorge et les fosses nasales, abolit l'odorat et presque le goût, et force le sujet à respirer exclusivement par la bouche. Résolu à détruire ces adhérences, j'avais dessein de conduire mes incisions de manière à donner au voile du palais sa forme ordinaire; mais dès le premier coup de bistouri, il y eut une telle pluie de sang qu'elle menaçait de suffoquer le malade, et qu'il me fallut comprimer l'incision avec le doigt pour l'arrêter. Comme elle revenait dès que j'étais le doigt, je pensai que l'unique ressource était de rétablir une large respiration par les narines; je divisai donc en hâte les adhérences en arrière et sur les côtés, mais sans découper le voile comme je l'avais prémédité; et le sang s'arrêta aussitôt. La communication était rétablie, l'odorat revenu, la respiration libre; mais à mesure que la plaie marcha à cicatrisation, les adhérences se reproduisirent aussi solides qu'auparavant, et tout ce que je pus imaginer pour tenir le voile écarté du pharynx fut complètement inutile. Si je ne me trompe, Robert a rencontré un cas analogue et n'a pas été plus heureux. »

Richet et Verneuil n'ont pas été plus heureux que Malgaigne et Robert. Szymanowski et O. Weber ont obtenu une non réunion partielle en suturant sur la lèvre antérieure de l'incision les muqueuses nasale et palatine. Ried dit avoir réussi plusieurs fois en maintenant un tampon de charpie dans l'ouverture artificielle. Il me paraîtrait beaucoup plus facile de faire passer de la bouche dans chaque narine au moyen de la sonde de Bellocq les deux chefs d'une anse de fil métallique que j'insinuerais de chaque côté entre les canines et les incisives latérales de la mâchoire supé-



rière, tandis que je serrerais et nouerais les extrémités du fil sur un bout de sonde ou un rouleau de diachylon placé au niveau de la sous-cloison du nez. De cette façon, le voile serait tiré en avant et je laisserais les fils en place jusqu'à la cicatrisation isolée des deux lèvres de l'incision faite au voile du palais à l'endroit des adhérences avec la muqueuse pharyngienne.

## CHAPITRE V

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE COU

A part l'ablation de certaines tumeurs qui peuvent se développer au cou comme en toute autre région, et qui n'exigent point de préceptes particuliers, les opérations qui se pratiquent sur cette partie se classent sous deux premiers chefs, selon qu'elles affectent les voies aériennes ou l'œsophage; un article spécial sera réservé aux tumeurs de la glande thyroïde.

### ARTICLE PREMIER

#### VOIES AÉRIENNES

#### I. — Cathétérismes des voies aériennes.

On pratique ce cathétérisme, soit chez les nouveau-nés, pour insuffler les poumons dans le cas d'asphyxie; soit à un âge plus avancé, pour remplir les indications très diverses.

1° *Cathétérisme chez les nouveau-nés.* — L'instrument dont on se sert est un tube conique d'argent ou de cuivre, de 18 à 20 centimètres de long, élargi à son pavillon, rétréci à sa petite extrémité, et offrant à 3 centimètres de celle-ci une courbure arrondie où se trouve placée transversalement une rondelle munie d'un disque d'agaric ou de peau de buffle. Voici comment Depaul a décrit le procédé.

L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds souvent renouvelés, doit être placé de manière que la poitrine soit beaucoup plus élevée que le bassin, la tête restant toutefois un peu inclinée en arrière pour faire saillir la partie antérieure du cou. On commence par débarrasser la bouche et le

pharynx des mucosités qui s'y trouvent; puis avec l'indicateur ou le petit doigt gauche, on suit la langue sur la partie médiane jusqu'à l'épiglotte. Alors, saisissant le tube laryngien de la main droite comme une plume à écrire, on porte sa petite extrémité dans la bouche le long du doigt préalablement introduit; lorsqu'il est parvenu au niveau de l'entrée du larynx, on l'incline vers la commissure labiale gauche, et par quelques légers mouvements on cherche à soulever l'épiglotte, ce qui offre généralement peu de difficulté; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane pour que son extrémité s'engage dans la glotte. On s'assure qu'elle y a bien pénétré, en portant le doigt sur le larynx et la trachée. Au reste,

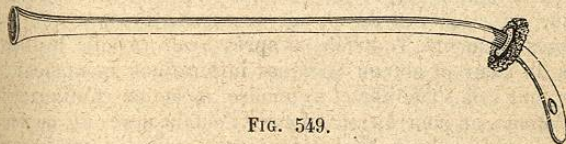


FIG. 549.

Tube laryngien de Depaul.

les résultats de l'insufflation suffiraient plus tard pour juger s'il y a erreur: quand l'air a pénétré dans l'œsophage, il va soulever la région épigastrique avant la poitrine; quand il pénètre par la trachée, la poitrine se dilate la première, et le ventre ne se soulève que consécutivement par l'abaissement du diaphragme.

L'introduction du tube dans le larynx étant bien constatée, on l'enfonce légèrement jusqu'à ce que le disque de peau ou d'agaric s'applique sur l'ouverture. Cette précaution a pour but de prévenir le reflux de l'air qu'on va insuffler; si elle ne suffit pas, Depaul en a conseillé d'autres. Ou bien on bouche exactement l'entrée du larynx, à l'aide du doigt indicateur porté au fond de la bouche; ou bien on ferme toute issue à l'air, 1° en pressant modérément avec l'instrument pour appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure; 2° en pinçant fortement les lèvres des deux côtés de la canule avec le pouce et l'indicateur de chaque main, tandis que les deux médius relevés servent à boucher le nez en comprimant les narines. On aspire alors les mucosités qui engorgent les bronches en exerçant la succion à l'autre extrémité du tube; puis on pratique l'insufflation avec la bouche, en imitant les temps égaux de la respiration. On peut faire dix, douze et jusqu'à quinze insufflations par minute; après chacune d'elles, on laisse libre l'ouverture extérieure du tube, et l'on simule le