

Ces divers instruments remplacent avantageusement le bistouri et l'érigne, surtout chez les enfants, chez les individus pusillanimes et chez les personnes qui ont la bouche profonde et peu large; ils conviennent aussi aux chirurgiens peu habitués aux opérations chirurgicales et qui peuvent craindre de ne pas manier convenablement le bistouri dans cette opération.

## ARTICLE XII.

*Maladies du voile du palais et de la luette.*

Ces maladies sont les vices de conformation, les plaies, l'inflammation, le gonflement de la luette, les ulcères, etc.

— On voit des enfants qui viennent au monde avec le voile du palais fendu. Ce vice de conformation se présente sous plusieurs aspects : tantôt le voile du palais est divisé de devant en arrière en deux parties égales qui se réunissent en formant un angle plus ou moins ouvert vers la portion osseuse du palais, et qui se terminent l'une et l'autre par une appendice flottante qui correspond à la luette; tantôt la division contre nature du voile du palais est accompagnée de celle du palais osseux, et alors le plus souvent il y a en même temps un bec-de-lièvre; quelquefois cependant le palais osseux et le voile du palais sont fendus sans qu'il y ait aucun vice de conformation à la lèvre supérieure, et dans ce cas les os maxillaires sont unis comme dans l'état ordinaire. Le vice de conformation dont il s'agit nuit à la déglutition et à la parole; mais ces fonctions sont plus ou moins lésées selon la longueur de la fente et le degré d'écartement de ses bords. Quand elle s'étend à la voûte du palais et que ses bords sont fort écartés, comme cela a presque toujours lieu alors, la déglutition est troublée par le passage des aliments dans les fosses nasales, et la prononciation est singulièrement difficile et désagréable. J'ai vu une jeune fille de dix-sept à dix-huit ans qui était dans ce cas : les sons qu'elle articulait étaient si désagréables qu'elle osait à peine parler; je lui conseillai l'usage d'un obturateur. M. Catalan, un des plus habiles dentistes de Paris, lui en construisit un au moyen duquel elle parlait si bien qu'on aurait été fort loin de soupçonner qu'elle n'avait

presque point de palais. L'obturateur dans ce cas consiste en un palais d'or ou de platine, qui embrasse les dents molaires autour desquelles il est fixé, et présente à sa partie postérieure un prolongement qui remplit la fente du voile du palais, et dont l'extrémité recourbée en bas et arrondie tient lieu de la luette.

Lorsque la fente est bornée au voile du palais, si elle a peu d'étendue, la déglutition n'en souffre point, et la prononciation est peu altérée; mais lorsque la fente occupe toute la longueur du voile du palais, l'articulation des sons éprouve une gêne telle que la parole est presque inintelligible : il est impossible alors de faire usage d'un obturateur; aussi ce vice de conformation avait-il été regardé comme incurable, lorsque, dans ces derniers temps, M. le professeur Roux est parvenu à en obtenir la guérison. Voici le fait. Un jeune Canadien était atteint du vice de conformation dont il s'agit. De la division verticale du voile du palais et de la luette, ainsi que de la rétraction des deux lambeaux en lesquels ces parties étaient transformées, résultait une espace triangulaire, qui, confondu avec l'isthme du gosier, établissait une large communication entre la bouche et le pharynx. La déglutition s'opérait avec assez de facilité; mais le vomissement, lorsqu'il avait lieu, s'exécutait par les narines; la voix avait ce timbre désagréable qu'on observe chez les personnes à qui la syphilis a détruit complètement le voile du palais ou une large portion de la voûte palatine, et la parole n'était guère intelligible que pour ceux qui avaient l'habitude de sa conversation; il ne pouvait enfin tirer aucun son des instruments à vent. Adonné à l'étude de la médecine, et convaincu par le silence de tous les auteurs de l'impossibilité de remédier à cette infirmité, ce jeune homme la supportait avec résignation. Une circonstance particulière l'ayant mis en rapport avec M. Roux, cet habile chirurgien entrevit aussitôt la possibilité de le guérir, en avivant les bords de la division, les affrontant au moyen de la suture, se conduisant enfin comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Cette idée, embrassée avec ardeur par celui qu'elle touchait le plus, fut exécutée le surlendemain de la manière suivante. Deux aiguilles courbes reçurent successivement trois ligatures composées de trois fils cirés. Elles furent alternativement conduites jusqu'au fond de la gorge, au moyen d'un porte-aiguille, et chacune d'elles fut passée trois fois, à des distances convenables et de derrière en devant, au travers de chaque portion du voile du palais : elles entraînent avec elles les



filts dont elles étaient armées. A l'aide de ces filts, dont les bouts étaient pendants hors de la bouche, on put aisément rapprocher les lèvres de la division, et s'assurer de la possibilité de les réunir après qu'elles auraient été excisées. Cette excision ayant été alors pratiquée au moyen d'une pince et d'un bistouri boutonné, conduit de bas en haut, on procéda à la ligature de chacun des filts, et dès ce moment la coaptation fut parfaite. Cette opération exigea beaucoup de patience de la part du malade, et beaucoup de soins et d'adresse de la part du chirurgien. Le malade s'abstint, pendant quatre jours que restèrent les ligatures, de parler et d'avalier. Il ne survint aucun accident; la voix, qui, à l'instant même où venait d'être terminée l'opération, avait déjà changé de caractère, est devenue depuis plus forte, plus claire et plus distincte. Au bout de quinze jours, le malade a pu lire d'une manière distincte, devant l'Académie des sciences, sa propre observation, et convaincre ainsi de sa réussite les plus incrédules: espèce d'hommage que sa reconnaissance a voulu rendre à l'habile chirurgien qui lui a fait conquérir le libre exercice d'une des plus importantes facultés. Un an après, sa voix était tout à fait dans l'état naturel. Depuis ce fait, M. Roux a pratiqué, dans les mêmes circonstances et avec le même succès, cette ingénieuse opération, sur deux sujets dont l'un était âgé d'environ vingt ans, et l'autre de vingt-huit ans. (a)

(a) — Boyer décrit trop succinctement la suture du voile du palais pour que je n'ajoute pas quelques réflexions à son texte.

La suture du voile du palais est généralement connue aujourd'hui sous le nom de *staphyloraphie*. D'autres noms lui ont été donnés, tels sont ceux de *uranographie*, *velosynthesis*, *kyonographie*, etc., mais ils ne sont pas admis en France, comme celui de *staphyloraphie* que j'adopterai exclusivement. Cette opération est tout à fait moderne; et quoiqu'on puisse supposer qu'un dentiste français, nommé Lemonnier, l'ait pratiquée dans le siècle dernier, il ne reste pas moins certain qu'elle est une invention des chirurgiens du XIX<sup>e</sup> siècle. Græfe, chirurgien de Berlin, la fit en 1816; mais comme l'opération ne réussit pas, elle passa inaperçue, et elle ne fut tirée de l'oubli que lorsque les succès de M. le professeur Roux furent connus. Græfe se servit de potasse caustique pour aviver les bords de la division du

voile du palais, d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille mobile pour porter les filts, et d'un grand nombre d'instruments, que je ne crois pas devoir décrire, pour serrer ces mêmes filts. M. Roux s'est servi d'un bistouri pour aviver les lèvres de la solution de continuité, d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille mobile pour porter les filts, et de ses doigts pour faire les nœuds. Depuis, un grand nombre d'instruments ont été inventés pour simplifier l'opération, et surtout pour diminuer la longueur du temps qu'elle exige. Avant d'étudier le mode opératoire de M. Roux et les modifications qu'on y a apportées, je crois devoir examiner les différences que présente la division congéniale du voile du palais, parce que cet examen nous mènera à des considérations pratiques sur la *staphyloraphie*.

La division congéniale du voile du palais peut être simple ou compliquée. Simple, elle ne comprend que le voile du palais; les os palatins sont unis normalement. C'est le cas le plus favorable à la réussite de l'opération; c'est le cas de M. Stephenson, sur lequel M. Roux a pratiqué sa première opération avec succès. Tout, en effet, concourt ici à ce succès. Les lèvres de la division congéniale sont rapprochées et ne s'écartent que dans les mouvements du voile du palais; lors donc qu'elles seront réunies par la suture, rien ne tendra à les écarter, si l'opéré ne parle pas. Ces lèvres ont leur épaisseur normale, parce qu'elles sont bien conformées, et qu'il ne manque à l'état normal que le raphé qui les unit. On reconnaît cette bonne conformation à l'épaisseur du voile du palais, et cette épaisseur est une excellente condition pour la réunion, puisqu'elle dépend de l'épaisseur des muscles, et qu'ainsi les surfaces saignantes contiennent une plus grande quantité de parties molles propres à cette réunion, et une plus grande quantité de vaisseaux sanguins qui donnent une plus grande vitalité. Il y a donc dans les cas de cette espèce toutes les chances de succès; mais ces chances diminuent à mesure que la division de la voûte palatine se prolonge. Déjà quand les os palatins ne sont pas réunis, la *staphyloraphie* peut ne pas réussir parfaitement. En effet, l'écartement qui existe entre les deux lèvres de la solution de continuité près de leur adhérence aux os est un obstacle à leur réunion immédiate. Aussi M. Roux a-t-il proposé, dans le cas de cette espèce, d'inciser la membrane muqueuse palatine le long des os, de la disséquer jusqu'au lieu d'union des os maxillaires, et d'y appliquer un point de suture. Quand l'écartement se prolonge jusqu'entre les os maxillaires, les



chances de réussite deviennent encore moindres, même en ayant recours au moyen indiqué par M. Roux, parce qu'alors la distance qui sépare les os est encore plus grande. Cependant tant que la division de la voûte palatine s'arrête derrière le bord alvéolaire, on doit essayer la staphyloraphie parce qu'après avoir obtenu la réunion des lèvres du voile du palais, on ferme avec un obturateur la division de la voûte osseuse. Mais quand les os maxillaires sont séparés jusqu'au devant du bord alvéolaire, il faut renoncer à la staphyloraphie, parce que l'opération n'a plus aucune chance de réussite; à moins qu'on ne veuille donner ce nom à l'union qui peut subsister entre les extrémités de la luvette; mais comme le reste du voile du palais n'est pas réuni, il subsiste entre les os et les deux portions du voile du palais un espace qu'il n'est pas possible de fermer. Tels ont été du moins les résultats constants des nombreuses opérations de staphyloraphie que j'ai vu pratiquer dans l'espace de onze années. Aussi je pense que dans les cas de division du voile du palais qui dépassent la moitié postérieure de la voûte palatine, on doit engager les malades à ne pas se soumettre à l'opération. Une seule circonstance pourrait modifier cette manière de voir; c'est la suivante. Si on connaissait la personne infirme dès son enfance, et si par une pression exercée constamment sur les joues jusqu'à la puberté on avait pu rapprocher les os maxillaires et palatins et rendre ainsi égal dans toute son étendue l'espace qui les sépare, on pourrait alors arriver à un véritable succès, parce que les os étant très-peu écartés en arrière, il serait aisé d'obtenir l'union des deux portions du voile du palais et l'oblitération de l'intervalle des os au moyen d'un obturateur. C'est ainsi que dans les cas si graves de bec-de-lièvre, d'écartement des os maxillaires et palatins, et de division du voile du palais, on pourrait amener les individus à une guérison presque complète, en faisant dès la naissance l'opération du bec-de-lièvre, en comprimant les joues jusqu'à la puberté confirmée, et en pratiquant alors la staphyloraphie. Mais quand des circonstances aussi heureuses ne se sont pas présentées, il vaut mieux, je crois, ne pas faire l'opération, parce que les résultats que l'on obtient sont plutôt défavorables à la staphyloraphie que favorables à cette opération. C'est au moins ce que je peux conclure de ce que j'ai observé.

La manière dont M. Roux pratique la staphyloraphie ayant servi de base à cette opération, je la décrirai dans ses détails, parce que

Boyer s'est contenté d'en donner un aperçu; puis je ferai connaître les modifications qui y ont été apportées.

L'appareil se compose, selon le nombre des points de suture, de deux ou trois ligatures ayant deux pieds de longueur et formées par trois brins de fil réunis en ruban et cirés; d'autant d'aiguilles courbes, plates et d'un diamètre de huit à dix lignes, qu'il y a de points de suture à pratiquer; d'un porte-aiguille ordinaire; de pinces à anneaux, et d'un bistouri droit boutonné, ou de ciseaux coudés à angle sur leur largeur. Le malade est placé sur une chaise, le visage tourné au grand jour, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide et la bouche ouverte: si l'on est sûr que le malade se prêtera bien à l'opération, il n'est pas nécessaire de lui placer un bouchon entre les dents, sinon on en met un de chaque côté entre les molaires postérieures. Le chirurgien, prenant une ligature dont une des extrémités est enfilée dans une aiguille, place cette aiguille dans le porte-aiguille; puis, saisissant un des côtés de la division du voile du palais avec les pinces à anneaux qu'il tient de l'autre main, il traverse ce côté d'arrière en avant à trois lignes et demie ou quatre lignes du bord de la division. Quand la pointe paraît en avant, il la saisit avec la pince à anneaux, il fait lâcher le porte-aiguille, et il tire l'aiguille en avant. Il ôte la ligature du chas de l'aiguille, enfle l'autre extrémité de cette ligature dans une autre aiguille, et il la passe dans le côté correspondant du voile du palais comme il a été dit. Chaque fois qu'une des extrémités d'une ligature est placée, il la met dans l'angle des lèvres. Le placement des ligatures est quelquefois difficile à cause des chatouillements que les instruments produisent sur le voile du palais, et à cause des mouvements qui en sont la conséquence: aussi le chirurgien est-il souvent obligé de s'arrêter et d'attendre qu'un calme parfait se soit rétabli. Lorsque les ligatures sont posées, au nombre de deux ou trois suivant la hauteur du voile du palais et la largeur de la luvette, le chirurgien repousse en arrière leur partie moyenne, qui se trouve dans le pharynx, afin de l'éloigner de l'extrémité de l'instrument qui va servir à aviver les bords de la division, et de n'avoir pas à craindre de la couper. Puis, saisissant alternativement avec les pinces à anneaux chacun des bords de la division, il les avive soit avec le bistouri boutonné conduit de bas en haut, soit avec les ciseaux coudés. Il a bien soin dans cette manœuvre opératoire de réunir à angle ses deux incisions. Lorsque celles-ci sont terminées, il noue les ligatures, en se servant



de ses doigts indicateurs pour conduire le nœud jusqu'au voile du palais : il fait un nœud simple qu'un aide maintient serré en le saisissant avec les pinces à anneaux jusqu'à ce que le chirurgien ait fait un second nœud. Après avoir serré chaque ligature, il en coupe les extrémités près du nœud. Il laisse les nœuds en place pendant trois ou quatre jours selon qu'il le juge convenable : il peut enlever les nœuds supérieurs au troisième jour, et l'inférieur au quatrième. Pour ôter les fils, le chirurgien saisit avec des pinces à anneaux le nœud, et coupant la ligature sur un des côtés de celui-ci, il le tire à lui et l'enlève.

Cette opération est longue et désagréable pour le malade, parce que l'obligation de tenir la bouche ouverte et le chatouillement des instruments sur le voile du palais lui donnent l'envie de cracher et de fermer la bouche. Ses suites présentent aussi de grands ennuis au malade : il ne faut pas qu'il parle ; il doit éviter la toux et l'éternement et tout ce qui peut les provoquer ; il ne doit que peu boire et ne se nourrir que de bouillons ou d'aliments très-faciles à avaler ; il vaudrait même mieux qu'il s'en privât. Aussi elle exige de sa part une grande résignation et une grande patience. Mais les avantages immenses qu'elle procure doivent décider toute personne à s'y soumettre.

Ce que je viens de dire se rapporte à la staphyloraphie dans les cas de simple division du voile du palais ; elle présente des modifications dans les cas où cette division est compliquée de l'écartement des os de la voûte palatine. Comme dans cette circonstance les deux portions du voile du palais présentent un très-grand écartement, il faut pratiquer sur la membrane muqueuse de la voûte palatine des opérations qui permettent de mettre aisément en contact les deux lèvres de la division. Pour arriver à ce but, M. Roux avive les bords de la membrane muqueuse, puis il détache celle-ci des os qu'elle recouvre, et applique même sur elle des points de suture. M. Dieffenbach propose d'inciser seulement la membrane muqueuse de chaque côté des points de suture. Je ne peux me prononcer sur ce dernier procédé ne l'ayant jamais ni employé ni vu employer ; mais je peux me prononcer sur celui de M. Roux, que j'ai vu réussir plusieurs fois.

Les conséquences de cette opération sont ordinairement très-simples. La réunion s'opère dans le plus grand nombre de cas, comme on peut en juger par les résultats que tous les chirurgiens ont obtenus.

Quelquefois cependant elle ne réussit pas, même quand on recommence l'opération. Mais alors il y a presque toujours un écartement des os de la voûte palatine, et il est aisé de comprendre que plus on recommencera l'opération, moins on aura de chances de succès, puisque chaque fois on diminuera la largeur du voile du palais, et que par conséquent chaque fois on exercera sur lui plus de tiraillement. On peut regarder la non-réunion de la division comme l'accident le plus fréquent de cette opération. Il arrive souvent que la pointe de la luette ne se réunit pas ; mais cette circonstance est peu importante, parce que les usages de la luette étant, pour ainsi dire, nuls, on retranche sans aucun inconvénient la partie non réunie. Malgré son innocuité habituelle, cette opération a été suivie d'hémorrhagie et de la mort des malades. Le premier accident a été probablement dû à un trop grand prolongement des incisions. Dans un cas dont j'ai eu connaissance, l'écoulement de sang a duré plusieurs heures et a été très-difficile à arrêter. On s'est servi pour cela de poudre d'alun et de colophane. Quant aux cas dans lesquels la mort a eu lieu, ils doivent être regardés comme tout à fait exceptionnels, et la mort doit être attribuée à toute autre cause qu'à l'opération.

Les difficultés que présente la pratique de la staphyloraphie ont dû engager les chirurgiens à chercher des moyens propres à la rendre plus aisée. Aussi nous voyons que dès qu'elle a été connue, chacun est venu apporter, pour ainsi dire, son tribut. Je n'entrerai pas dans tous les détails des instruments imaginés, parce que quelques-uns présentent si peu d'importance, que leur description serait fastidieuse ; je ne m'occuperai que des modifications réellement importantes. Ainsi, par exemple, je ne dirai rien, ni des aiguilles inflexibles variées de forme ou de courbure dont on s'est servi, ni des porte-aiguilles que l'on a mis en usage ; je ferai seulement observer que quelques chirurgiens ont pensé devoir ne faire qu'un seul instrument de l'aiguille et du porte-aiguille, en terminant celui-ci en aiguille. Le chas placé au milieu de la courbure de l'aiguille servait à recevoir et à passer le fil, et quand celui-ci était parvenu du côté du voile du palais opposé au côté de l'introduction de l'aiguille, un de ses chefs était saisi, et l'instrument était retiré en suivant la route qu'il avait parcourue pour entrer. Cependant deux espèces d'aiguilles méritent notre attention : ce sont celles de MM. Villemur et Schwerdt.

L'aiguille de M. Villemur a une pointe et un chas semblables à



ceux des aiguilles ordinaires; mais l'espace intermédiaire est aminci et trempé de manière à faire ressort. L'aiguille enfilée est placée dans un porte-aiguille qui la maintient droite; un mandrin la pousse dans le voile du palais tendu, et à mesure qu'elle sort à la partie postérieure, elle se recourbe en avant entre les deux lèvres de la division par l'effet de son ressort, et le chirurgien vient la saisir et la tirer hors de la bouche.

L'aiguille de M. Schwertd consistait dans une pince à ressort dont une des branches est portée sur un manche pour être tenue hors de la bouche. L'extrémité des pinces est recourbée en forme d'aiguille, et présente deux demi-lances dont chacune a une échancrure dans un des points correspondants qui se regardent. Ces deux échancrures réunies forment un chas, qui reçoit la ligature qui est maintenue le long des pinces. Le chirurgien, portant l'instrument à la partie postérieure du voile du palais, le perce d'arrière en avant. Il ouvre alors l'instrument, il saisit la ligature et retire l'instrument d'avant en arrière. Prenant ensuite l'autre chef de la ligature, il la conduit de la même manière dans l'autre lèvre de la division.

Les modifications les plus importantes qui ont été apportées au mode opératoire de Græfe et de M. Roux consistent dans l'incision des lèvres de la division pratiquée de haut en bas, dans le passage des aiguilles d'avant en arrière, et dans l'invention d'instruments destinés à saisir le voile du palais et à passer les aiguilles. Je vais examiner successivement ces trois sortes de modifications.

L'idée de l'incision des lèvres de la division du voile du palais faite de bas en haut a dû naturellement se présenter la première. En effet, le voile du palais saisi avec des pinces était suffisamment tendu pour qu'un instrument tranchant pût le couper de bas en haut; et les deux incisions faites successivement se réunissaient à angle aigu à la partie supérieure de la division. Aussi voyons-nous que les premiers chirurgiens qui ont pratiqué cette opération ont agi ainsi. Mais quelques-uns ayant éprouvé des difficultés dans cette manœuvre, ils pensèrent qu'il valait mieux faire l'incision de haut en bas, parce que le voile du palais fixé à sa partie supérieure offrait plus de résistance à l'instrument. Les chirurgiens allemands sont, je crois, les premiers qui aient employé cette manière de faire. Elle exige un bistouri pointu, parce qu'il faut percer d'avant en arrière le voile du palais avant d'aviver ses bords; c'est un léger inconvénient, qui n'expose pas à couper les

fil, comme on l'a cru, et qui par conséquent ne nécessite pas le changement du bistouri pointu en bistouri boutonné, comme on l'a proposé. L'avivement de haut en bas exige encore la pratique d'une incision transversale pour réunir les deux sections latérales; car si en pratiquant ces sections on les unissait à angle en faisant la seconde, on tomberait dans des difficultés plus grandes que celles que présente la section de bas en haut, puisqu'on n'aurait plus aucun moyen de tendre le voile du palais.

Le passage des fils d'avant en arrière n'a pas tous les avantages qu'on lui a attribués. J'ai vu, pendant onze ans, M. Roux les passer d'arrière en avant sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient, et aujourd'hui encore il les passe ainsi. Il est évident qu'en conduisant les aiguilles d'avant en arrière on voit mieux le point de leur entrée; mais pour peu qu'on ait l'habitude des opérations chirurgicales, il est facile de reconnaître par la position de l'aiguille et par la portion cachée de sa courbure, si le lieu de la seconde introduction correspond à celui de la première, et je trouverais plus d'inconvénient dans le double passage du fil à travers la plaie, que dans l'introduction de l'aiguille d'arrière en avant. En effet, quand on passe le fil d'avant en arrière, il est indispensable qu'un des fils passe deux fois dans une des piqûres, puisque le même fil, dirigé deux fois d'avant en arrière, a ses deux extrémités en arrière et que celles-ci doivent être ramenées en avant. Je décrirai la manière de pratiquer cette manœuvre, après avoir décrit les divers instruments.

Les instruments imaginés pour maintenir le voile du palais et passer en même temps les aiguilles sont assez multipliés et assez difficiles à décrire. Je tâcherai d'être clair et précis dans la description de ceux de MM. Sotteau, Bourgougnon et Depierris, les seuls dont je m'occuperai.

L'instrument de M. Sotteau est une pince recourbée à ses extrémités qui sont très-amincies et terminées par des olives. Ces olives sont toutes deux percées d'un trou; dans l'une, ce trou est échancré latéralement, du côté opposé à la pince, pour le passage du fil; dans l'autre, le trou présente une fente qui se continue dans la branche correspondante sur une longueur d'un centimètre environ, et qui, faisant ressort, permet à l'aiguille d'y pénétrer et d'y rester fixée. L'aiguille consiste en une pointe portée sur une tige percée d'un chas; et celle-ci est moins grosse que la base de la pointe qui forme ainsi une



saillie par laquelle elle est retenue contre la circonférence du trou. L'aiguille étant placée dans le trou de la première olive, et le fil étant mis dans une rainure qui est sur la branche correspondante, le chirurgien porte l'instrument sur le voile du palais et perce un des côtés de sa division, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, ce qui est indifférent, puisque les deux bouts de la pince étant sur le même plan, celui qui est en avant correspond nécessairement à celui qui est en arrière. Pour exécuter ce temps de l'opération, il lui suffit de fermer la pince et de la serrer assez fortement pour que l'aiguille pénètre dans le trou de l'autre olive, en forçant le ressort qui, se refermant derrière la base de la pointe, entraîne l'aiguille et le fil lorsqu'en ouvrant l'instrument on le tire hors de la bouche. Alors le chirurgien dédouble l'anse de fil, et enfilant le chef postérieur dans l'instrument, il opère sur l'autre côté de la division. Il faut bien se rappeler que dans ce second temps il doit percer le voile du palais d'arrière en avant.

L'instrument de M. Bourgougnon consiste dans une canule courbe, creusée en gouttière à bords rabattus, portée par une de ses extrémités sur un manche, coudée à son autre extrémité, et renfermant deux tiges mobiles. La partie coudée de la gouttière présente un trou destiné à recevoir l'aiguille. Des deux tiges, l'une est coudée comme la canule, afin qu'en s'appuyant sur la partie coudée de celle-ci, elle puisse, en se rencontrant avec elle, saisir le voile du palais : cette partie coudée présente une mortaise pour le passage de l'aiguille. L'autre tige est contre-coudée, et porte l'aiguille. Celle-ci est petite et en forme de fer de lance ; elle est percée d'un chas au milieu de son losange, et elle est terminée par une queue qui reçoit l'extrémité de la tige contre-coudée. Quand on veut se servir de l'instrument, on met l'aiguille en place, et on la maintient au moyen du fil tenu avec le doigt. On porte l'instrument sur le voile du palais, on fait glisser la tige coudée afin de saisir un des côtés de la division ; puis on pousse la tige contre-coudée, et l'aiguille passe successivement dans la mortaise de la tige mobile et dans le trou de la canule où elle reste fixée. Alors on écarte les deux parties coudées en tirant à soi la tige mobile, et en dégageant l'instrument, on ramène l'aiguille et le fil. On recommence sur l'autre côté de la division avec l'autre chef du fil.

L'instrument de M. Depierris est plus compliqué et plus difficile à décrire. Il consiste en une canule portée sur un manche avec lequel elle forme un coude, et contenant une autre canule mobile dans la-

quelle se trouve une aiguille qu'on fait sortir en appuyant sur un ressort. A la partie inférieure de l'extrémité libre de la canule est une tige d'acier recourbée de bas en haut et venant présenter son extrémité vis-à-vis celle de la canule, à un centimètre et demi de distance. Cette extrémité terminée en olive présente une mortaise, qui reçoit un dé fait du même métal que la canule, et glissant dans un support d'acier annulaire fixé au-dessous de la mortaise de la tige d'acier et ayant à son union avec elle une échancrure de la même grandeur que la mortaise. La partie convexe de la tige d'acier présente une gorge qui est double dans les points correspondants au support du dé, mais qui est simple dans le reste de son étendue. La canule renferme un poussoir qui est terminé par une aiguille, et auquel est adapté un ressort à boudin dont le bout porte une canule dans laquelle est cachée l'aiguille, que le poussoir fait mouvoir en avant et sortir de la canule quand elle a pris un point d'appui sur l'olive à mortaise de la tige d'acier coudée. Cette aiguille est terminée par une pointe triangulaire dont la base présente un chas ouvert à sa partie supérieure dans la moitié de sa longueur. Pour se servir de l'instrument, on place le milieu du fil de la ligature sur le dé mobile, dans l'échancrure que présente son support, et on ramène les deux chefs dans la double gorge de ce support et dans la gorge de la convexité de la tige ; et ces chefs sont maintenus par la main droite qui tient l'instrument et qui les tend en même temps. L'instrument est alors porté dans la bouche, et la lèvre d'un des côtés de la division du voile du palais est placée dans l'échancrure qui se trouve entre l'extrémité de la canule et le dé mobile. Lorsque l'instrument est convenablement placé, le chirurgien pousse le poussoir qui traverse l'espace indiqué et vient s'appliquer contre la mortaise de la tige d'acier ; puis, poussant plus fort, il fait sortir l'aiguille qui, entrant dans le dé, et le faisant mouvoir en avant, dégage le fil sur lequel le chirurgien exerce une traction, et le fait tomber dans l'échancrure du chas de l'aiguille. Alors le chirurgien, retirant à lui le poussoir, ramène le fil en avant, et il le dégage du chas de l'aiguille. Il recommence sur l'autre côté en ayant l'attention de prendre le chef postérieur du fil.

Lorsque l'on passe le fil d'arrière en avant, on a dans la bouche au devant du voile du palais les deux chefs du fil, et il n'y a plus qu'à faire les nœuds. Mais lorsqu'on passe le fil d'avant en arrière, on a les deux chefs dans l'arrière-gorge derrière le voile du palais ; il faut donc



les faire repasser en avant. Je vais expliquer cette manière de ramener les fils en avant. On prend un fil de la grosseur que l'on juge convenable; on le plie en deux, de façon à avoir une anse et deux chefs. On enfle l'anse dans l'aiguille; on la pose sur l'instrument, on la fait passer à la partie postérieure du voile du palais par une des lèvres de la division; puis on la ramène à la commissure des lèvres, où on la maintient. Ensuite on fait passer de la même manière les chefs par l'autre lèvre, et on va les saisir avec des pinces pour les amener en avant. Alors on passe les deux chefs dans l'anse, et tirant sur la partie du fil qui se trouve devant la division du voile du palais, on fait tourner toute la ligature, de façon qu'on ramène en avant et l'anse et les chefs. Il ne reste plus qu'à faire les nœuds. Cette manœuvre a le double inconvénient de faire promener, pour ainsi dire, le fil dans le trou des aiguilles, et de faire passer par un des trous un fil double et une anse de fil. Aussi je crois que ces inconvénients étant loin de balancer ceux qui peuvent résulter du passage des aiguilles d'arrière en avant, il faut abandonner tous les procédés qui exigent le passage des fils d'avant en arrière.

Je conclurai donc en disant que la manière de faire de M. Roux doit être suivie, ou que l'on doit employer l'instrument simple de M. Sotteau, ou l'instrument plus compliqué de M. Depierris. Le seul inconvénient réel que présente ce dernier instrument est de faire passer l'aiguille d'abord d'avant en arrière, puis de la ramener d'arrière en avant.

Je crois inutile de parler des divers serre-nœuds imaginés pour maintenir le premier nœud. Si les fils sont bien cirés, les serre-nœuds sont inutiles; si les fils sont privés de leur cire par le frottement des instruments et s'ils sont couverts de sang ou de salive, on peut, je crois, employer indistinctement les pinces ordinaires à anneaux, ou toute espèce de serre-nœud, pourvu que le nœud soit bien fixé.

— La situation du voile du palais le met à l'abri de l'action des corps extérieurs: aussi les plaies de cette partie sont-elles très-rares. Lorsque ces plaies sont superficielles, elles n'offrent aucune indication particulière, et guérissent facilement d'elles-mêmes. Mais lorsqu'elles sont profondes et qu'elles forment de véritables plaies à lambeaux, elles demandent des soins particuliers, soit à raison de l'hémorrhagie dont elles peuvent être accompagnées, soit à raison de la réunion des parties divisées. Lorsqu'une artère a été ouverte, et qu'elle verse

assez de sang pour qu'il soit nécessaire d'en arrêter l'écoulement, le meilleur moyen pour y parvenir est d'appliquer un stylet rougi au feu sur l'ouverture du vaisseau. Quant à la réunion des parties divisées, elle présente plus de difficulté à cause de leur mobilité, qu'on parvient toutefois à modérer au moyen d'une plaque de plomb ou d'argent, fixée aux dents (1).

— Le voile du palais est quelquefois le siège d'une inflammation plus ou moins vive qui s'étend aux amygdales, ou qui se transmet, comme cela arrive le plus souvent, des amygdales au voile du palais. On reconnoît cette affection à la douleur et à la chaleur qui se font sentir dans la partie enflammée, au gonflement et à la rougeur qu'on y voit en examinant le fond de la gorge. L'action de parler et surtout celle d'avalier sont plus ou moins gênées; et lorsque la maladie est portée à un certain degré, le voile du palais ne s'oppose plus au passage des boissons dans les fosses nasales. Cette inflammation se termine presque toujours par résolution, quelquefois par gangrène, et plus rarement par suppuration. Dans ce dernier cas, si l'on ne juge pas à propos d'abandonner à la nature l'ouverture de l'abcès qui résulte de cette terminaison, on l'ouvrira avec la pointe d'un bistouri dont la lame sera entourée d'une bandelette.

— La luette est sujette à des engorgements de différentes espèces: tantôt l'engorgement est inflammatoire; tantôt il est séreux, et tantôt squirrheux.

L'engorgement inflammatoire de la luette existe rarement sans qu'il y ait en même temps inflammation des amygdales et du voile du palais. On le combat par la saignée, le régime humectant, les boissons délayantes et les gargarismes émollients et rafraichissants.

L'engorgement séreux de la luette est connu vulgairement sous le nom de relâchement ou de chute de cette partie. Dans cette affection, la luette se présente sous des aspects différents: le plus ordinairement sa grosseur et sa longueur sont augmentées; quelquefois elle est plus longue sans être plus grosse que dans l'état naturel; d'autres fois, en s'allongeant, elle devient plus mince; enfin dans quelques cas, sa pointe seule est allongée, et présente une petite tumeur transparente

(1) Les plaies du voile du palais par instruments tranchants doivent être réunies par la staphylographie. Si ces plaies sont déjà cicatrisées, on avivra leurs bords.



formée par une accumulation de sérosité sous la membrane muqueuse. La tuméfaction séreuse de la luette n'est accompagnée ni de douleur ni de chaleur; mais l'extrémité de cette appendice appuyant sur la base de la langue où elle se replie quelquefois, occasionne une irritation continuelle, de laquelle résulte l'envie d'avaler, des efforts continuels de déglutition et d'expulsion du mucus de la gorge. Lorsque la luette est excessivement prolongée, son extrémité peut s'étendre jusqu'à l'entrée du larynx et causer une toux habituelle; mais il n'est guère probable que le simple engorgement séreux de cet appendice puisse être porté au point de produire la difficulté de respirer, l'épuisement, une affection des poumons, et menacer le malade de suffocation, comme le disent la plupart des auteurs.

Lorsque la tuméfaction séreuse de la luette est récente et peu considérable, on parvient ordinairement à la dissiper par des gargarismes astringents et résolutifs; on peut aussi faire cesser le prolapsus de cette partie, lui donner du ressort en y portant avec une petite cuiller du poivre et du gingembre en poudre très-fine. Mais lorsque la maladie est ancienne, que la luette est fort alongée, blanche, dans un état d'atonie extrême, il faut en retrancher une portion.

On a imaginé plusieurs instruments plus ou moins compliqués pour la rescision de la luette; mais ces instruments sont tout à fait inutiles, et aucun d'eux ne vaut de simples ciseaux droits, mousses et longs. Le malade étant assis vis-à-vis d'une croisée bien éclairée, sa tête appuyée contre la poitrine d'un aide, on place un corps dur entre les dents molaires: on saisit de la main gauche, avec des petites pinces à polype, l'extrémité de la luette qu'on retire en bas et en devant, et on en retranche une portion d'un seul coup avec les ciseaux qu'on tient de la main droite. Le suintement sanguin qui suit cette opération s'arrête de lui-même, ou à l'aide de gargarismes astringents.

Il se développe quelquefois dans la luette une tumeur dure, squirrheuse, qui, abandonnée à elle-même, prend un accroissement considérable et dégénère en cancer. Lorsque cette tumeur est récente, peu volumineuse, et que ses limites sont bien tracées, on doit l'emporter ou avec des ciseaux, ou avec le bistouri dont on se sert pour retrancher une portion des amygdales. Mais lorsqu'elle est ancienne, très-grosse, inégale, livide, entourée de veines variqueuses, et que ses limites sont indéterminées, on doit imiter la circonspection de Fabrice de Hilden, qui, dans deux cas de cette espèce, refusa de tou-

cher à la maladie, et se contenta de prescrire un régime convenable et des remèdes palliatifs.

— La membrane qui tapisse la voûte palatine est le siège de tumeurs de différentes espèces. Quelquefois ces tumeurs sont dures, compactes, blanches, non susceptibles de devenir cancéreuses, et ressemblent beaucoup à certaines épulies qu'on voit devenir énormes sans dégénérer en cancer. D'autres fois les tumeurs de la membrane palatine sont moins dures, leur surface est inégale; elles saignent avec facilité; leurs progrès sont plus rapides, et elles deviennent presque toujours cancéreuses quand on les irrite par de mauvais topiques.

Les tumeurs de la première espèce tiennent ordinairement par un pédicule plus ou moins épais, et on peut les enlever facilement avec l'instrument tranchant, sans crainte qu'elles se reproduisent lorsqu'on les a emportées en totalité. Quand le pédicule est mince, on le coupe avec des ciseaux convexes sur leur plat; mais lorsqu'il est épais, un bistouri convexe sur son plat est préférable. C'est avec un bistouri semblable que j'avais fait construire exprès, sur un modèle en plomb qui imitait exactement la concavité de la voûte palatine, que j'enlevai une tumeur de cette espèce qu'une dame portait depuis plus de dix ans. Cette tumeur, qui était située un peu derrière la partie moyenne du palais, égalait par son volume une grosse noix; elle était très-dure, blanche, indolente, et ne causait d'autre incommodité qu'une gêne assez grande dans la mastication et la déglutition. Je l'emportai avec le bistouri dont j'ai parlé, et après l'avoir enlevée, je me servis d'une petite rugine pour détruire la portion de la membrane du palais d'où la tumeur prenait naissance. Mon intention était de cautériser avec un fer rouge, mais la malade avait une telle répugnance pour ce moyen, que je me déterminai à employer la rugine. Cette opération ne fut suivie d'aucune hémorrhagie; le suintement sanguin qui l'accompagna s'arrêta aisément par des lotions avec l'oxycrat et par l'application, pendant quelques heures, d'un peu de charpie sèche. La plaie fut promptement guérie, et la tumeur ne s'est pas reproduite depuis plus de huit ans qu'elle a été emportée.

Les tumeurs de la seconde espèce, c'est-à-dire celles qui ont une tendance marquée à devenir cancéreuses, qui même ont déjà ce caractère, doivent être emportées lorsque leur étendue est limitée, et qu'il est possible de les enlever entièrement, ou d'en consumer les