

et courbes à crémaillère, soit avec le serre-nœud polypotome de Wilde que l'on emploie aussi pour les polypes de l'oreille.

M. Zaufal (de Prague) a heureusement modifié le polypotome de Wilde en remplaçant la tige porte-fil par une tige étroite creusée de deux petits canaux dans lesquels passent les chefs de l'anse métallique serre-nœud; cette tige canaliculée est mobile sur le manche et peut être remplacée par une tige semblable mais plus courte lorsqu'on veut utiliser l'instrument pour l'ablation des polypes de l'oreille (Luer).

Il faut enfin remarquer que la tige canali-

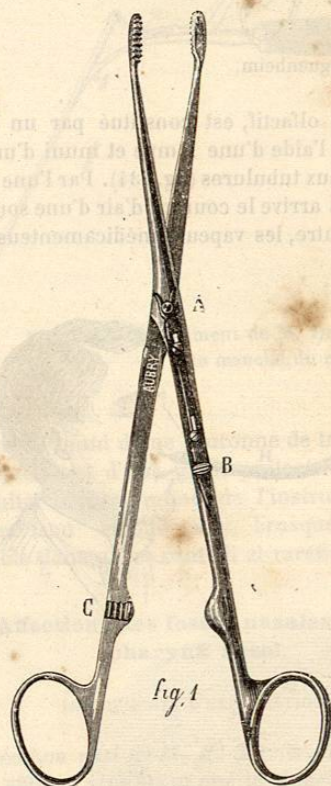


Fig. 335. — Pince de M. Aubry pour les polypes volumineux des fosses nasales.

culée est peu volumineuse et ne présente pas à son extrémité terminale le renflement qui existait dans l'ancien polypotome de Wilde, renflement qui gênait la vue de l'opérateur et empêchait l'introduction de l'instrument jusque dans les parties les plus étroites des méats des fosses nasales.

M. Aubry a fait pour les polypes des fosses nasales une pince (fig. 335) dont les branches peuvent s'articuler facilement et instantanément

à tous les degrés d'écartement des mors à l'aide d'un verrou en fourche qui glisse sur une des branches et vient s'enclaver dans un pivot à gorge porté par l'autre branche. Ce mode d'articulation permet de placer chaque mors séparément sur les parties latérales des polypes volumineux.

ABLATION DES TUMEURS DE L'ARRIÈRE-
CAVITÉ NASALE.

Pour l'extraction des polypes de l'arrière-cavité nasale par la voie bucco-pharyngienne, M. Fauvel fait usage d'une pince dont les tiges sont recourbées pour que la main qui meut les anneaux ne soit pas gênant pour l'observateur. Les mors sont constitués par deux cercles dentelés situés dans un plan transversal et perpendiculaire à l'axe de l'instrument de façon à pouvoir atteindre les polypes en contournant le voile du palais.

Le polypotome de Hartmann pour l'arrière-cavité nasale se compose d'un polypotome analogue à celui de Wilde dont l'extrémité est très recourbée, afin de pouvoir atteindre les fosses nasales par l'orifice postérieur en passant dans la bouche et disposée en forme de raquette pour soutenir, guider et cacher l'anse de fil métallique. C'est seulement lorsque le polype est engagé dans cette raquette que l'on serre l'anse de fil métallique pour couper le polype.

M. Læwenberg a fait faire, pour l'ablation des tumeurs adénoïdes, des polypes ou des végétations du pharynx nasal, des pinces coupantes à branches longues et à anneaux, articulées près des mors pour donner plus de force à l'instrument. Les mors eux-mêmes sont fortement courbés sur le plat afin de permettre d'atteindre les parties supérieures et antéro-latérales du pharynx nasal. Ils décrivent aussi une courbure à concavité tournée vers le mors opposé de façon à laisser entre eux place au corps des tumeurs dont le pédicule sera saisi par les tranchants de la pince. Les tranchants sont la terminaison des mors, ils se correspondent exactement. Immédiatement au-dessus d'eux dans la concavité du mors de la pince est une cupule qui transforme chaque mors en une sorte de curette. La pince est introduite fermée sur l'index gauche, on la retire également fermée. Elle n'expose donc pas chez les malades indociles aux mêmes dangers que les curettes; elle est plus efficace, chaque mors fournissant un point d'appui pour l'action du mors opposé.

M. Calmettes a modifié ces pinces en remplaçant les mors qui n'étaient tranchants qu'à

leur extrémité terminale par des curettes en forme de cupules à bords tranchants sur tous les points de leur circonférence excepté au niveau de l'insertion des branches qui les supportent (Luer).

Les porte-caustiques naso-pharyngiens de M. Jolly sont de simples tiges recourbées pour pouvoir atteindre la face supérieure du voile du palais, et portant soit une éponge pour les liquides, soit une pince pour les caustiques solides ou crayons.

La seringue naso-pharyngienne de M. Fauvel pour les injections caustiques ne présente guère de particulier que la courbure de sa canule qui est terminée par une sorte de pomme d'arrosoir.

Chirurgie du larynx.

La chirurgie laryngée a fait aussi des progrès et son arsenal instrumental a été perfectionné dans ces dernières années. Pour le larynx, comme pour les fosses nasales, on avait autre-

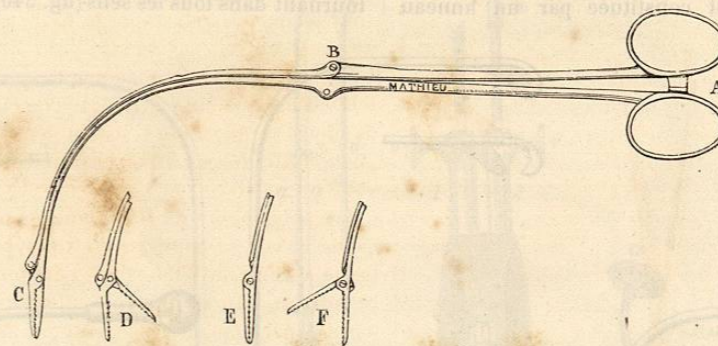


Fig. 336. — Pince à polypes laryngiens de Mathieu.

fois des instruments volumineux qui ne permettait guère de suivre de l'œil chacun de leurs mouvements. Aujourd'hui la finesse, les courbures et les dispositions des instruments ont fait à peu près disparaître ces inconvénients.

En dehors des instruments simples destinés à la cautérisation du larynx, presque tous sont relatifs à l'ablation des polypes de cet organe.

Pinces. — M. Mathieu a fait une pince laryngienne à polypes, agissant d'arrière en avant ou d'avant en arrière, à double articulation, à tiges glissantes et à mors en bec de crocodile (fig. 336) dont l'écartement est très considérable et la manœuvre facile. M. Collin a fait des pinces laryngées se fermant de haut en bas et de bas en haut (fig. 337). Leur mécanisme est différent. La première se compose de deux mors concaves. L'un est fixe et placé contre la tige, l'autre est articulé à l'extrémité terminale du premier sur lequel il s'applique lorsqu'une tige glissant le long du manche vient le faire basculer en repoussant son petit pédicule.

La seconde est composée de deux mors. L'un est fixe, l'autre est articulé avec le premier par son extrémité la plus voisine du manche et par son extrémité mobile avec une tige glissante qui le pousse à volonté pour fermer la pince.

Signalons enfin les érignes à pointes cachées, mobiles, grâce à une tige de glissement facile à manœuvrer.

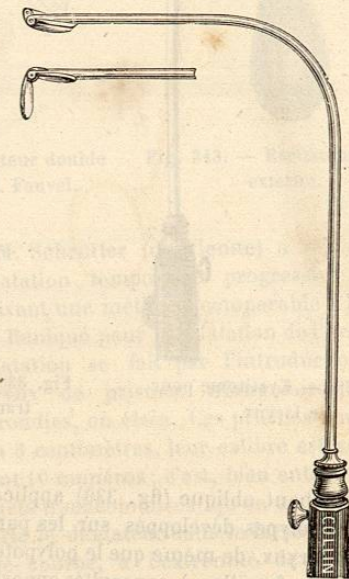


Fig. 337. — Pince laryngée de M. Collin.

Kystitomes. — C'est à l'aide d'un mécanisme semblable à celui des instruments précédents

qu'ont été construits des kystitomes et des porte-caustiques. Le kystitome est une lame qui se retire et se protège contre la paroi latérale d'une tige mousse (fig. 338).

Le porte-caustique est une pince porte-crayon caustique, qui rentre ou sort à volonté d'une gaine extérieure protectrice. Celui de M. Ch. Fauvel est un des plus usités.

Polypotomes. — Les polypotomes laryngés sont tous, soit des serre-nœuds, soit des guillotines plus ou moins tranchantes.

Parmi les guillotines, la plus simple de toutes est celle qui est constituée par un anneau

tranchant du côté de sa concavité et porté par un mandrin contenu dans la tige de l'instrument qui présente la courbure des instruments laryngés. La tige est terminée par deux demi-anneaux qui recouvrent la demi-circonférence de l'anneau tranchant, celui-ci étant attiré en haut par son mandrin mis lui-même en mouvement à l'aide d'un mécanisme très simple, vient par sa demi-circonférence inférieure à la rencontre des deux demi-anneaux qui terminent la tige et, contre eux, coupe le polype.

Il y a encore un polypotome en demi-sphère, tournant dans tous les sens (fig. 340), un polypo-

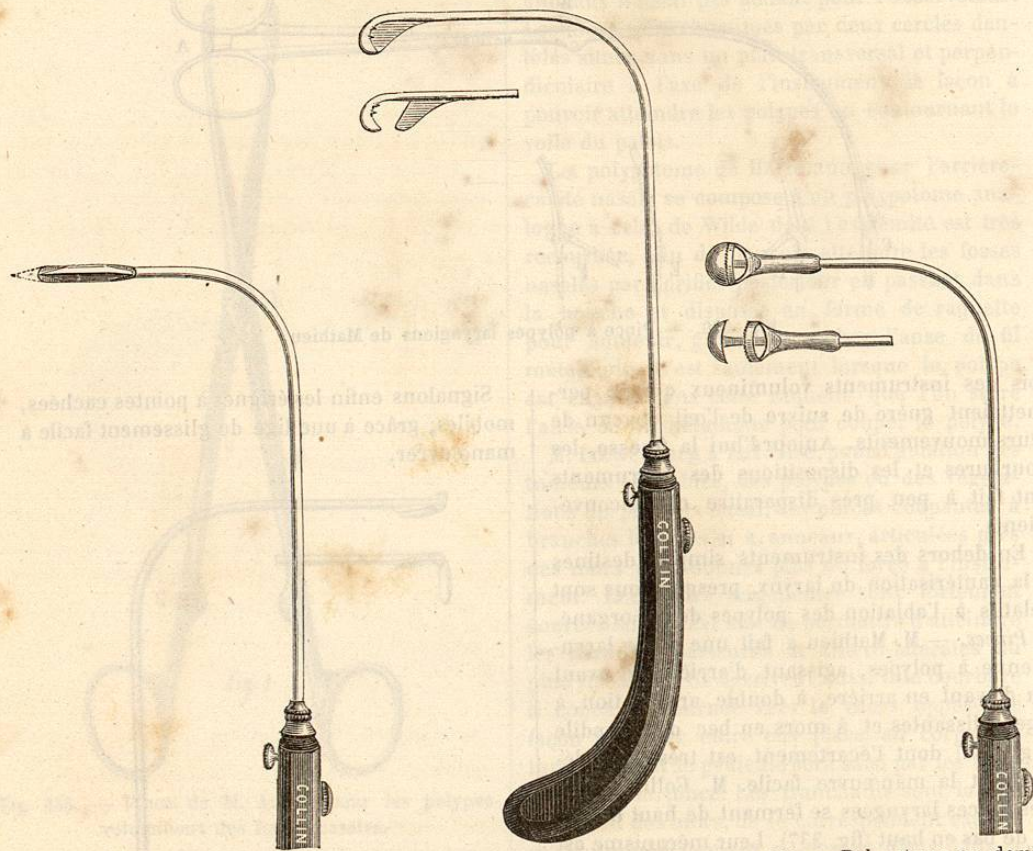


Fig. 338. — Kystitome pour le larynx.

Fig. 339. — Polypotome à tranchant oblique.

Fig. 340. — Polypotome en demi-sphère tournant dans tous les sens.

tome à tranchant oblique (fig. 339) applicable surtout aux polypes développés sur les parties latérales du larynx, de même que le polypotome formé par deux faucilles, à concavités opposées, articulées ensemble à une extrémité et fixées de l'autre : l'une, à la tige de support qu'elle continue ; l'autre, à une tige de glissement qui

l'écarte ou la rapproche de la précédente (fig. 341).

Le serre-nœud polypotome de Stork (de Vienne) présente à l'extrémité de sa tige un anneau métallique à travers lequel on engage le polype, anneau destiné à soutenir et à faciliter l'application de l'anse métallique qui est reçue dans une cannelure de sa circonférence interne.

A chaque instrument peuvent s'adapter des anneaux protecteurs de diverses formes.

Galvano-cautères. — On fait usage pour le larynx de petits couteaux galvaniques semblables à ceux qui sont employés en thérapeutique oculaire, cutanée, pharyngée, etc., avec cette seule différence que les tiges qui supportent le couteau sont courbes et suffisamment allongées.

Le galvano-cautère de M. Brunns (de Tubingen)

construit par M. Albrecht, est muni de couteaux de cautères de toutes formes et d'anses coupantes disposées pour le larynx, les fosses nasales, etc. ; ce galvano-cautère a l'avantage d'être assez puissant et de pouvoir fonctionner d'une façon continue pendant un temps suffisant.

Excitateurs électriques. — Il y a aussi des excitateurs qui ne sont autres que des porte-

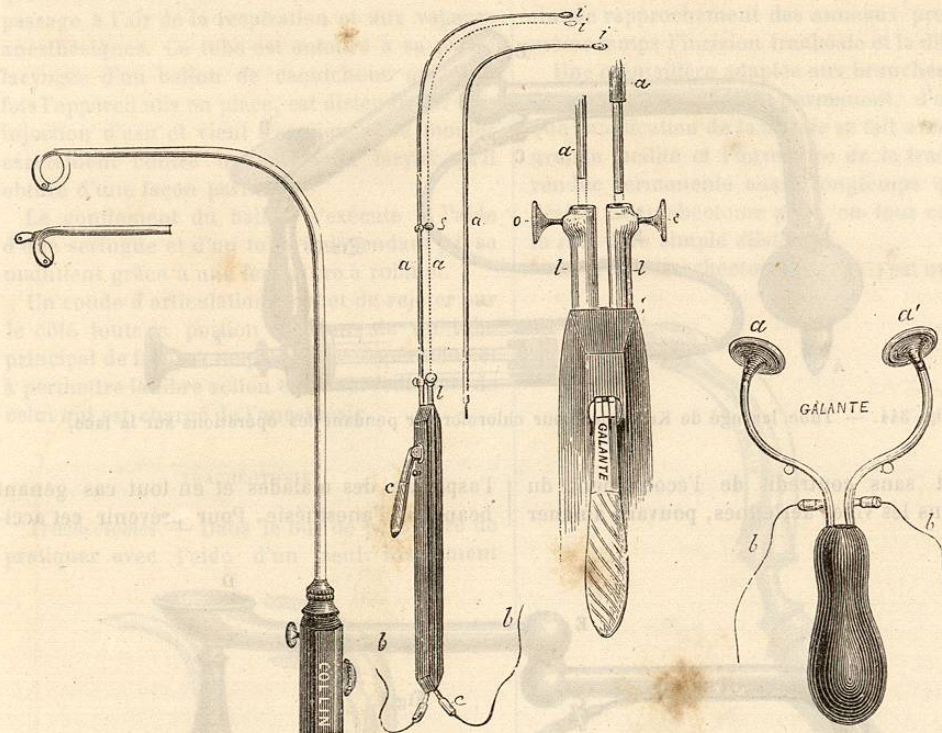


Fig. 341. — Polypotome à 2 faucilles.

Fig. 342. — Excitateur double laryngien de M. Fauvel.

Fig. 343. — Excitateur double externe.

éponges renfermant un fil conducteur, un excitateur double de M. Fauvel (fig. 342) et des excitateurs externes doubles (fig. 343).

Dilatateurs du larynx. — M. Moure (de Bordeaux) a fait construire un dilatateur laryngien, composé d'un tube d'acier cylindrique ayant la courbure laryngienne et dont l'extrémité est divisée en quatre branches qui peuvent s'écarter de manière à obtenir une dilatation de 4 centimètres de circonférence. Dans l'intérieur du tube glisse à frottements doux, au moyen de deux anneaux, un mandrin terminé par une olive qui servira à produire l'écartement des branches. Une graduation permet de lire à quel point est arrivée la dilatation.

M. Schrutter (de Vienne) a mis en usage la dilatation temporaire progressive du larynx suivant une méthode comparable à la méthode de Beniqué pour la dilatation de l'urèthre, cette dilatation se fait par l'introduction dans le larynx de prismes triangulaires, à arêtes arrondies, en étain. Ces prismes sont longs de 4 à 5 centimètres, leur calibre est variable suivant 10 numéros ; c'est, bien entendu, chez des sujets trachéotomisés qu'on en fait usage. On porte le dilatateur dans le larynx à l'aide d'une tige courbe, à l'extrémité de laquelle il est accroché, une fois mis en place on le décroche, le retenant seulement à l'aide d'un fil qui passe par la bouche et servira à le retirer. Le bouton

situé à son extrémité inférieure fait saillie à travers l'orifice laryngé de la canule trachéale. Une pince d'arrêt introduite dans cette dernière le saisit et le fixe. Le dilateur est ainsi laissé en place pendant un temps variable de quelques minutes à une demi-heure.

Lorsqu'on veut faire la dilatation du larynx chez un sujet non trachéotomisé, on a recours à une série de douze sondes courbées de façon à pénétrer dans le larynx et présentant près de

leur terminaison trois yeux pour le passage de l'air.

OBLITÉRATION DU LARYNX PENDANT LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA FACE AVEC L'AIDE DE L'ANESTHÉSIE.

Une des grandes difficultés des opérations qui se pratiquent sur la langue, les fosses nasales, le pharynx, le palais et les maxillaires

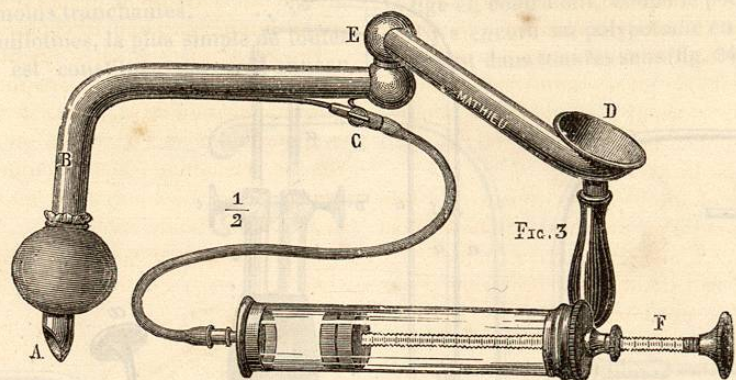


Fig. 344. — Tube laryngé de Krishaber pour chloroformer pendant les opérations sur la face.

provient sans contredit de l'écoulement du sang dans les voies aériennes, pouvant amener l'asphyxie des malades et en tout cas gênant beaucoup l'anesthésie. Pour prévenir cet acci-

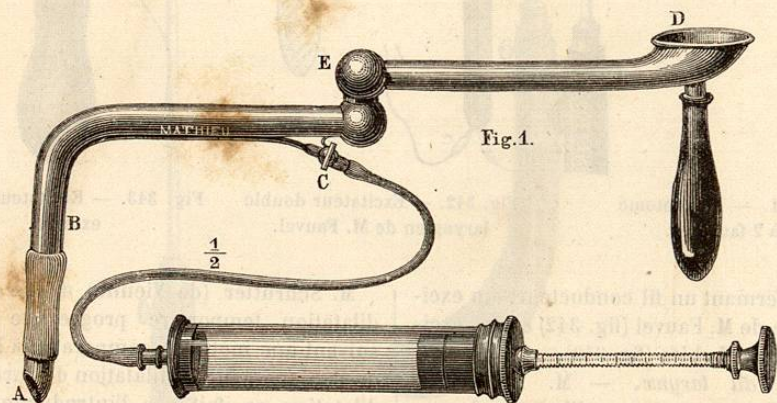


Fig. 345. — Appareil pour l'oblitération du larynx pendant les opérations sur la face et la bouche avec anesthésie.

dent, on place des éponges à la partie postérieure des arcades dentaires, on interrompt souvent l'opération pour étancher le sang contenu dans le pharynx à l'aide d'éponges montées, ce qui devient pour l'opérateur une des plus grandes gênes et des plus ennuyeuses préoccupations qu'on puisse imaginer. Quelques chirurgiens

opèrent en plaçant les malades la tête en bas. D'autres préfèrent laisser le malade dans un état de demi-anesthésie ou même lui refusent l'anesthésie et recourent au chloral et à la morphine pour lui faire plus facilement supporter l'opération; souvent enfin, la trachéotomie préventive a été faite afin d'assurer au malade

une respiration convenable pendant l'acte opératoire.

Empêcher absolument le sang de couler dans les voies aériennes, tout en permettant l'anesthésie et en laissant libre la respiration, est donc un problème chirurgical de la plus haute importance.

C'est pourquoi M. Krishaber a fait construire un appareil (fig. 344 et 345) composé d'un tube qui est introduit dans le larynx, afin de donner passage à l'air de la respiration et aux vapeurs anesthésiques. Ce tube est entouré à sa partie laryngée d'un ballon de caoutchouc qui, une fois l'appareil mis en place, est distendu par une injection d'eau et vient s'appliquer, se mouler exactement contre les parois du larynx qu'il obture d'une façon parfaite.

Le gonflement du ballon s'exécute à l'aide d'une seringue et d'un tube indépendant; il se maintient grâce à une fermeture à robinet.

Un coude à articulation permet de rejeter sur le côté toute la portion extrabuccale du tube principal de façon à ne pas gêner l'opérateur et à permettre la libre action et la surveillance de celui qui est chargé de l'anesthésie.

TRACHÉOTOMIE.

Trachéotomes. — Dans le but de permettre de pratiquer avec l'aide d'un seul instrument

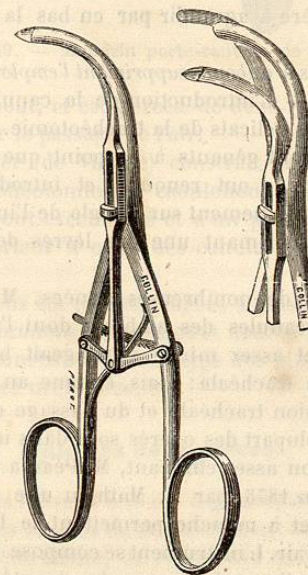


Fig. 346. — Trachéotomes de M. Benjamin Anger.

l'ouverture de la trachée préalablement découverte et d'obtenir en même temps la dilatation

de la plaie, on a fait construire plusieurs trachéotomes dilateurs parmi lesquels nous citerons ceux de Maisonneuve et de Marc Sée. M. Benjamin Anger a eu l'idée de transformer la lame médiane du dilateur à trois branches de Laborde, en un tranchant dont la pointe dépasse de un demi-centimètre les deux branches latérales (fig. 346).

La ponction de la trachée étant faite avec cet instrument, tenu comme une plume à écrire, le simple rapprochement des anneaux produit en même temps l'incision trachéale et la dilatation.

Une crémaillère adaptée aux branches permet de rendre l'écartement permanent, d'où il suit que l'application de la canule se fait avec la plus grande facilité et l'ouverture de la trachée est rendue permanente aussi longtemps que l'on désire. Ce trachéotome peut, en tous cas, jouer le rôle d'un simple dilateur.

Le trocart trachéotome (fig. 347) est un instru-



Fig. 347. — Trocart trachéotome.

ment qui rend la trachéotomie très simple; mais à côté d'avantages tels que la rapidité d'exécution, l'absence d'hémorragie expose véritablement à des dangers chez les sujets gras, dont la trachée est recouverte par une couche épaisse de tissu adipeux et devient presque impraticable chez les enfants dont la trachée est molle et difficile à sentir ainsi qu'à fixer. Avec cet instrument, comme avec tout autre, c'est chez des sujets adultes et maigres que l'opération sera plus

favorable. Il se compose d'un trocart courbe à manche dont la canule n'est autre qu'une canule à trachéotomie. La pointe est représentée par une lame épaisse, tranchante en avant et au sommet, mousse en arrière. La partie tranchante n'a pas 1 centimètre de hauteur. Cette faible longueur de tranchant a pour but d'éviter la blessure de la paroi postérieure de la trachée. La ponction doit être faite d'avant en arrière et de haut en bas, suivant une ligne courbe prolongeant la courbure de la canule; à la base du tranchant à forme conique aplatie est percé un canal qui le traverse de bas en haut, laisse passer l'air de la trachée par la canule et indique par le sifflement qui se produit ou par l'écoulement de mucus aéré que l'instrument a bien pénétré dans la trachée, en même temps qu'il permet à l'air d'entrer.

La main gauche fixant le larynx, la droite fera toute l'opération. Il faut avoir soin d'appuyer solidement la poignée dans la paume de la main, afin que la pointe et la tige du trocart ne puissent reculer par rapport à la canule, ce qui ferait faire une fausse piqûre.

Bistouri de M. Dubar pour la trachéotomie en

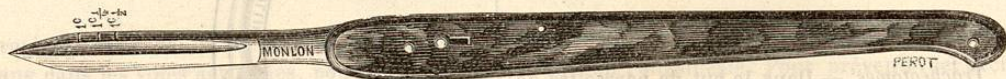


Fig. 348. — Bistouri de M. Dubar pour la trachéotomie.

offre au contraire une cannelure assez profonde et aussi large que possible. Elle s'étend de la pointe au talon de l'instrument.

Sur cette même face, au voisinage du dos du bistouri, se voient trois crans superposés : le premier est situé à 1 centimètre de la pointe, le second à 1 centimètre et quart; le troisième à 1 centimètre et demi. Cette graduation est très commode et donne à l'opérateur une sécurité absolue.

Il est en effet assez difficile de bien apprécier sur une lame de bistouri une longueur de 1 centimètre et quart, et il importe, pour éviter les insuccès ou les accidents, de ne pas procéder par à peu près.

Grâce à la cannelure de l'instrument, on entend toujours un sifflement au moment même où la sensation de résistance vaincue annonce qu'on a pénétré dans la trachée, et une fine pluie de sang vient tacher la partie supérieure de la lame. On n'a plus alors qu'à imprimer à la lame deux ou trois petits mouvements de scie pour faire une incision de longueur suffisante, et terminer en abaissant le talon du bistouri

un seul temps. — La trachéotomie en un seul temps a ses avantages et ses partisans.

On a dit qu'elle exposait, soit à ne pas pénétrer d'emblée dans les voies aériennes comme on le désirait, soit à blesser la paroi postérieure du conduit aérien; on a dit enfin qu'on n'avait pas dans tous les cas les moyens suffisants de reconnaître qu'on a pénétré dans les voies aériennes.

M. Dubar s'appuyant sur les données anatomiques suivantes à savoir :

Que de deux à douze ans l'épaisseur des parties molles au-devant des deux premiers anneaux de la trachée varie entre 8 et 11 millimètres, et que le diamètre antéro-postérieur de la trachée au même niveau varie entre 6 et 10 millimètres, conclut qu'une ponction faite avec un bistouri à une profondeur de 1 centimètre et demi pénétrera toujours et sans danger dans la trachée.

M. Dubar a donc fait construire un bistouri droit à lame courte et étroite (fig. 348), présentant une face lisse (celle opposée à l'opérateur) sur laquelle doit être appliqué le médius qui sert de curseur; la face qui regarde le chirurgien

de manière à agrandir par en bas la plaie cutanée.

Canules à embouts supprimant l'emploi des dilateurs. — L'introduction de la canule est un des temps délicats de la trachéotomie. Les dilateurs sont gênants à ce point que bien des opérateurs y ont renoncé, et introduisent la canule obliquement sur l'ongle de l'index gauche en déprimant une des lèvres de la plaie trachéale.

Depuis de nombreuses années, M. Péan a mis aux canules des embouts dont l'extrémité aplatie et assez mince s'engageait bien dans l'incision trachéale; mais, comme au moment de l'incision trachéale et du passage de la canule la plupart des opérés sont dans un état de suffocation assez effrayant, M. Péan a fait construire, en 1875, par M. Mathieu une canule à embout et à manche permettant le libre passage de l'air. L'instrument se compose (fig. 349) : 1° d'une tige tubulée courbe montée sur un manche, graduée à sa base par des échelons correspondant aux divers calibres des canules; 2° d'une extrémité libre aplatie conique très

amincie pour pouvoir s'engager facilement dans l'incision de la trachée. Ces embouts sont aussi fenêtrés que possible de façon à permettre à l'air de passer par la tubulure de la tige et les ouvertures pratiquées près du manche.

M. Krishaber a fait construire récemment des canules doubles dont la canule interne terminée en cône aplati dépasse l'autre à la façon

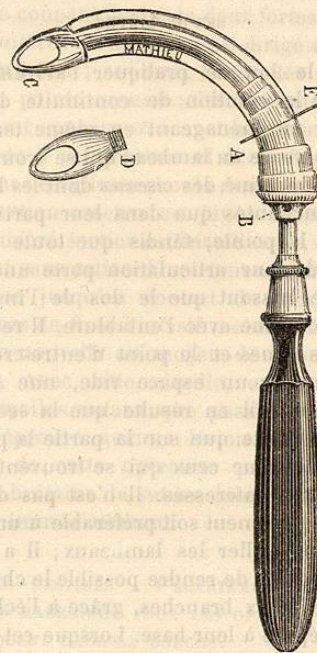


Fig. 349. — Mandrin porte-canules de Péan.

d'un embout, et est percée de deux yeux latéraux pour le passage de l'air.

M. Leiter (de Vienne) construit des canules pour trachéotomie en caoutchouc durci. Ces canules sont excellentes et d'un prix de beaucoup inférieur à celui des canules usitées en France.

Signalons les pinces courbes à fausses membranes à branches glissantes et double levier de Mathieu construites sur le type des pinces œsophagiennes uréthrales, etc.

Maladies de la plèvre.

Bien des moyens ont été déjà employés pour faciliter les lavages de la plèvre dans les cas de pleurésie purulente, et éviter aux malades l'écoulement permanent des liquides provenant de cette cavité. M. Dieulafoy a fait faire un petit trocart thoracique qui reste fixé à l'aide d'un pavillon qui rappelle un peu celui des canules

à trachéotomie. Il est fermé par un petit bouchon à vis que l'on enlève au moment des lavages. Mais, outre que le petit calibre de cet instrument ne permet pas toujours un parfait lavage de la plèvre, il est bien rare qu'au bout de quelque temps le pus ne filtre pas autour de lui, de sorte qu'il perd alors tous ses avantages.

Siphon de M. Potain. — M. Potain fait souvent le lavage de la plèvre à l'aide d'un appareil dont

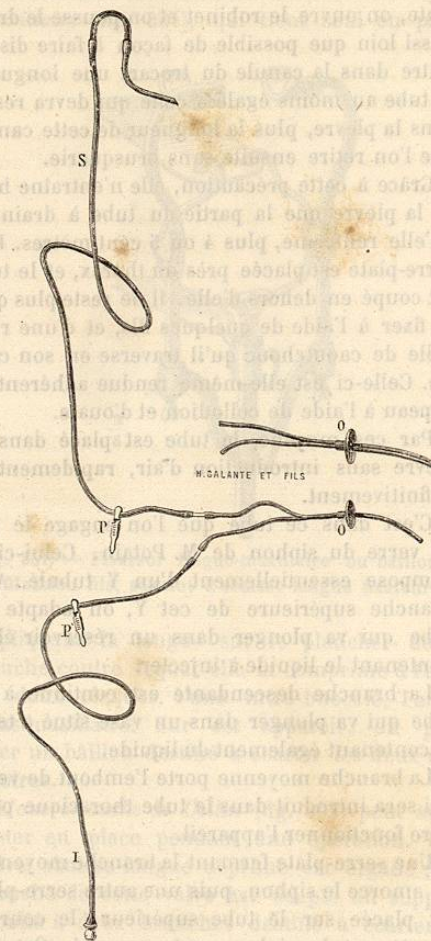


Fig. 350. — Siphon de M. Potain pour le lavage de la plèvre.

la simplicité rend l'emploi véritablement pratique (fig. 350).

Pour en faire usage, il faut tout d'abord placer dans la plèvre un tube de moyen calibre, oblitérant autant que possible l'orifice par lequel il pénètre. Pour y arriver sans fausse manœuvre, il convient, croyons-nous, de se

munir d'un tube de caoutchouc sans yeux latéraux; d'une longueur largement suffisante (40 centimètres) et remplissant exactement le trocart dont on va faire usage. Si celui-ci est muni d'un robinet, la manœuvre est plus commode.

On fait la ponction, on laisse écouler une petite quantité de liquide, puis on ferme le robinet, on retire la baudruche et on entre le drain dans le trocart jusqu'au robinet. Son extrémité pendante étant fermée avec une serre-plate, on ouvre le robinet et on pousse le drain aussi loin que possible de façon à faire disparaître dans la canule du trocart une longueur de tube au moins égale à celle qui devra rester dans la plèvre, plus la longueur de cette canule que l'on retire ensuite sans brusquerie.

Grâce à cette précaution, elle n'entraîne hors de la plèvre que la partie du tube à drainage qu'elle renferme, plus 4 ou 5 centimètres. Une serre-plate est placée près du thorax, et le tube est coupé en dehors d'elle. Il ne reste plus qu'à le fixer à l'aide de quelques fils, et d'une rondelle de caoutchouc qu'il traverse en son centre. Celle-ci est elle-même rendue adhérente à la peau à l'aide de collodion et d'ouate.

Par ces moyens, le tube est placé dans la plèvre sans introduction d'air, rapidement et définitivement.

C'est dans ce tube que l'on engage le bec de verre du siphon de M. Potain. Celui-ci se compose essentiellement d'un Y tubulé. A la branche supérieure de cet Y, on adapte un tube qui va plonger dans un réservoir élevé contenant le liquide à injecter.

La branche descendante est continue à un tube qui va plonger dans un vase situé à terre et contenant également du liquide.

La branche moyenne porte l'embout de verre qui sera introduit dans le tube thoracique pour faire fonctionner l'appareil.

Une serre-plate fermant la branche moyenne, on amorce le siphon, puis une autre serre-plate est placée sur le tube supérieur; le courant s'arrête, et le siphon reste amorcé. On met alors la branche moyenne en communication avec la plèvre qui se vide par le tube inférieur. Cela fait, on met une serre-plate sur ce dernier, et on ôte la serre-plate du tube supérieur. La plèvre se remplit.

Pour qu'elle se vide de nouveau, on n'a qu'à remettre les serre-plates comme précédemment.

On peut répéter la manœuvre autant qu'il est nécessaire, puis on ferme le tube thoracique avec une serre-plate, et on retire le siphon en

fermant les tubes inférieur et moyen pour que l'appareil reste amorcé.

Ces manœuvres très simples que les malades finissent par exécuter eux-mêmes, leur évitent l'écoulement incessant et pénible de pus qui vient inonder les opérés d'empyème.

Chirurgie du tube digestif.

BECC-DE-LIÈVRE.

Dans le but de pratiquer l'avivement des bords de la solution de continuité d'un seul coup, et en ménageant en même temps une base adhérente au lambeau qui se trouve taillé, M. Sée a imaginé des *ciseaux* dont les lames ne sont tranchantes que dans leur partie située près de la pointe, tandis que toute la partie voisine de leur articulation porte une échancrure ne laissant que le dos de l'instrument qui se continue avec l'entablure. Il reste donc entre les lames et le point d'entre-croisement des branches un espace vide, une sorte de boutonnière; il en résulte que la section des tissus ne porte que sur la partie la plus éloignée, tandis que ceux qui se trouvent en bas ne sont pas intéressés. Il n'est pas démontré que cet instrument soit préférable à un fin bistouri pour tailler les lambeaux; il a de plus l'inconvénient de rendre possible le chevauchement des deux branches, grâce à l'échancrure qui les sépare à leur base. Lorsque cet accident se produit, il a pour conséquence un déplacement et une contusion des tissus sur lesquels on voulait opérer une section nette.

Les *cisailles* de M. Wagner (de Lieuray) sont des pinces coupe-net qui n'offrent pas les inconvénients que nous venons de signaler.

Dans l'opération de certains becs-de-lièvre, on a besoin de placer à travers l'épaisseur des joues et la base du nez des épingle à suture sur lesquelles on place des fils destinés à rapprocher les lambeaux avivés. C'est afin de les faire pénétrer plus facilement et de pouvoir traverser au besoin avec elles les tissus osseux, que Cintrat a fait construire un *propulseur* qui n'est autre qu'un manche creusé d'un canal central à travers lequel on pousse l'épingle qui se trouve ainsi guidée et soutenue.

Dans le bec-de-lièvre unilatéral avec division de l'arcade alvéolaire, l'os incisif a basculé en avant et n'est plus sur le même plan que le maxillaire dont il est séparé. La saillie qu'il forme met obstacle à la réunion des lèvres. En le refoulant, on s'expose à une hémorrhagie

moindre qu'en l'enlevant, et on peut l'utiliser pour combler la fissure et régulariser l'arcade alvéolaire.

Pour mobiliser l'incisif, on se sert ordinairement de la cisaille de Liston qui sectionne verticalement l'os et les parties molles qui le recouvrent; on diminue ainsi la vitalité du lambeau ostéo-muqueux. Pour éviter cet inconvénient, M. Delore a fait faire une *cisaille* spéciale. Le coupant formé de deux fortes lames de 12 millimètres de longueur est dirigé dans l'axe de l'instrument; ses deux extrémités se terminent en pointe mousse; les branches qui les supportent sont incurvées et circonscrivent un espace de 3 centimètres et demi de diamètre. Cette pince est glissée sous la muqueuse au point où la section osseuse est jugée nécessaire. Si une première section est insuffisante, on la prolonge, et sans retirer l'instrument, on fait basculer l'os jusqu'au contact du maxillaire. Il suffit alors de fixer l'incisif mobilisé dans cette situation nouvelle au moyen de la suture métallique. Avec cette cisaille, on respecte les parties molles autant que possible, et le bord libre n'éprouve aucune lésion. Si l'enfant a souffert de cette opération préliminaire, on remet à huitaine la suture labiale, sinon on y procède immédiatement.

APPAREILS DESTINÉS A L'ÉCARTEMENT DES LÈVRES ET DES MÂCHOIRES POUR LES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT DANS LA BOUCHE.

L'*écarter* des joues de M. Luer est destiné à faciliter l'exploration de la partie interne des joues ainsi que les opérations qui se pratiquent sur les parties postérieures des arcades dentaires et de la bouche. Il est formé de deux parties, le manche et la partie buccale. Celle-ci affecte une forme demi-circulaire et ses bords sont renversés du côté de la convexité en forme de gorge de poulie, de manière à embrasser les bords et la commissure des lèvres et à les écarter sans violence. A la partie moyenne de la demi-circonférence peut se visser à volonté un ergot métallique que l'on recouvre d'un bout de tube de caoutchouc et qui, se plaçant entre les arcades dentaires, écarte parfaitement les mâchoires. Cet instrument est commode, simple et solide, mais pour tenir en place, il nécessite la main d'un aide.

Le *bâillon* de Smith n'est pas usité depuis longtemps. Celui de Whitehead se compose de deux arcs métalliques que l'on introduit dans la bouche et qui portent derrière les arcades

dentaires. Ils sont réunis en arrière par une charnière, écartés en avant par deux crémaillères latérales. L'inférieur porte un abaisse-langue mobile qui peut être allongé et raccourci à volonté. Cet appareil fonctionne bien, mais il est péniblement supporté par les malades lorsqu'il reste assez longtemps en place, pour la staphylorrhaphie par exemple. Il a de plus l'inconvénient de ne pouvoir être instantanément retiré en cas de besoin.

M. Mathieu a construit un *fixateur linguo-maxillaire* (fig. 351), qui tient seul en place

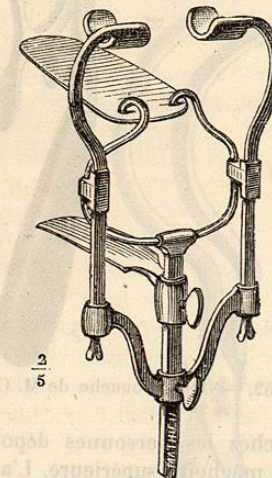


Fig. 351. — Fixateur linguo-maxillaire ou bâillon de Mathieu fils, servant d'abaisse-langue fixe.

appliquant la langue sur le plancher de la bouche contre lequel elle la comprime à l'aide de deux plaques, l'une intra-buccale, l'autre sous-maxillaire. Sur cet appareil, on peut fixer un bâillon destiné à écarter les deux mâchoires.

L'*ouvre-bouche* de Collin (fig. 352) peut aussi rester en place pendant une opération. Une valve abaisse-langue déprime cet organe; au manche de cette valve est adapté un support mobile à deux branches destiné à écarter la mâchoire supérieure.

Le *bâillon* de M. Mariand (fig. 353) se compose de deux branches principales en arcs s'articulant au moyen de deux arcs-boutants et prenant point d'appui sur des oreillons latéraux.

La branche inférieure est taillée à crémaillère et munie d'un abaisse-langue à rallonge que l'on peut articuler à tous les degrés pour abaisser plus ou moins la langue. Sur les indications de M. Trélat une pince métallique quadrillée à sa face postérieure a été ajustée à la