

Les *encoques* médianes, assez fréquentes, peuvent être supprimées de deux façons : par une petite opération suivant les procédés de Clémot-Malgaigne ou de Nélaton, ou au moyen d'une assez longue incision horizontale, qui sépare le bord muqueux du reste de la lèvre. Le milieu de ce bord est attiré par en bas et suturé verticalement (procédé de J. Wolff), de manière à constituer un petit tubercule labial médian (1); le reste de la plaie est réuni par des fils verticaux.

Lorsque le tubercule cutané est implanté à peu de distance du bout

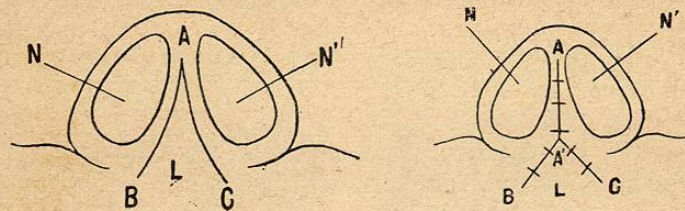


Fig. 186. — Le sommet A du lambeau triangulaire ABC est ramené en A'. Les bords AB et AC sont suturés en A'B et en A'C. — L, lambeau. — NN', narines.

du nez et qu'on s'en sert tel qu'il est pour la restauration du milieu de la lèvre, il exerce ultérieurement une traction sur le nez et l'incurve par en bas. Si cette disposition est très exagérée, on peut songer à la faire disparaître. Je n'ai jamais fait une opération dans un cas de ce genre, mais voici celle que je conçois comme possible (fig. 186): sur la partie la plus antérieure de la lèvre, sous la cloison nasale, faire deux incisions partant du même point en avant et diver-



Fig. 187. — P, peau. — C, cartilage. — M, muqueuse. — S, forme du segment à exciser. Fig. 188. — Forme triangulaire de l'excision en hauteur.

geant en dehors et en arrière. Disséquer d'avant en arrière la languette triangulaire ainsi délimitée, de manière à la reculer vers l'attache normale du nez; suturer transversalement, sous la cloison des narines, les bords internes des deux incisions divergentes et fixer l'angle antérieur de la languette en arrière de cette suture transversale.

Rectification de la narine. — Il ne me reste plus qu'à indiquer la façon de rendre à la narine ou aux narines une forme plus

(1) J. WOLFF, *Arch. für klin. Chir.*, 1880, Bd. XXV, 899.

normale, à la suite d'une opération quelconque de bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral, simple ou compliqué. La narine est généralement étalée, aplatie, concave en dehors, convexe en dedans (fig. 146); son cartilage fait en dedans une saillie disgracieuse et en même temps gênante pour la respiration. On peut considérer les trois plans qui la constituent (peau, cartilage, muqueuse) comme trois cornets inclus l'un dans l'autre et dont les deux internes sont trop grands par rapport au plus externe.

Pour corriger cette défectuosité, il faut une excision en forme de coin tronqué (fig. 187).

Au point le plus aplati, le plus convexe en dedans, qu'il siège près de l'angle antérieur de la narine ou

sur la partie latérale, je supprime un petit triangle de tissu dont la base correspond au bord de la narine; mais par des sections obliques très inclinées, de manière à ce que la perte de substance soit sensiblement plus grande à la face interne de la narine qu'à sa face externe. Les sutures ont forcément pour résultat d'en arrondir le contour, puisque les cornets internes, représentés par le cartilage et la muqueuse, redeviennent plus petits que le cornet externe constitué par la peau (fig. 189).

P. Berger pense qu'on peut rendre à la narine sa forme circulaire, en détachant tout d'abord l'aile du nez de la lèvre et de la joue, dans tous les cas de bec-de-lièvre complet unilatéral ou bilatéral, et en réunissant sa partie postérieure à la partie postérieure avivée de la sous-cloison nasale (1). C'est l'application aux cas de difformité peu accentuée des incisions vers la joue considérées comme nécessaires dans les cas compliqués et représentés dans bon nombre des figures de la page 733.

Kirmisson préfère utiliser le bord externe de la fissure pour la reconstitution du bord postérieur de la narine (2). Il me semble que la méthode des débridements vers la joue peut seule assurer à la lèvre une hauteur suffisante.

II. — Staphylorrhaphie et uranoplastie.

L'opération qui a pour but de rapprocher les deux moitiés du voile du palais séparées par une fissure congénitale ou acquise s'appelle la staphylorrhaphie; la restauration de la voûte palatine se nomme l'uranoplastie. Différentes l'une de l'autre tout d'abord dans leur mode

(1) P. BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, nouv. série, t. XXII, 1896, p. 238.

(2) KIRMISSON, *Ibid.*, p. 243.

d'exécution, ces deux opérations sont devenues presque identiques. Les progrès accomplis depuis une vingtaine d'années surtout les ont ramenées à un type unique, et ce type émane d'une idée directrice commune à toutes deux, c'est que la condition fondamentale du succès réside dans la libération, dans la mobilisation de la couche fibreuse qui double la muqueuse du palais et offre un appui aux muscles du voile. Tout est là ; si les premiers chirurgiens qui ont imaginé ou exécuté la staphylorrhaphie et l'uranoplastie ne s'en sont pas suffisamment rendu compte, ceux qui les ont suivis dans la même voie ont dégagé peu à peu la notion sur laquelle est basé le manuel opératoire actuel. Pour assurer la vitalité des lambeaux et donner au palais restauré une plus grande fermeté, le détachement du périoste avec la muqueuse est indispensable ; pour éviter toute tension et favoriser la réunion, le détachement du voile au niveau du bord postérieur du palais osseux est également indispensable.

Historique. — Malgré les deux tentatives antérieures de Lemonnier (1760) et de Graefe (1816), on peut dire que Roux est le véritable inventeur de la *staphylorrhaphie* (1819). Il en a réglé l'exécution, et, à la fin de sa vie, il l'avait pratiquée 124 fois sur 112 sujets. La tension des lambeaux, l'emploi de mauvais fils en nombre insuffisant, le défaut d'antisepsie avaient causé plus d'un insuccès. Pour faciliter le rapprochement des moitiés du voile, Dieffenbach, Sédillot, Pollack, Mason Warren, Fergusson, eurent recours à des incisions qui devaient diviser profondément certains muscles.

Dieffenbach sectionnait la face inférieure du voile, muscles compris, dans le sens antéro-postérieur ; Sédillot obliquement, à 10 millimètres en haut et en dehors de la base de la luette, de manière à atteindre les muscles péristaphylins internes ; Fergusson visait les mêmes muscles en agissant sur la face supérieure du voile avec un couteau coudé sur le plat, et il coupait en plus les pharyngo-staphylins. Langenbeck conseilla de diviser l'élévateur du voile (péristaphylin interne) et le pharyngo-palatin (pharyngo-staphylin). Plus récemment, Billroth a préconisé la section du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde sous lequel se réfléchit le tendon du péristaphylin externe, au moyen d'un petit ciseau à froid introduit dans une incision externe.

Plus nouvellement encore Félizet a mis en pratique un nouveau procédé qui consiste à faire de chaque côté de la fissure, à un centimètre environ, une incision légèrement convexe en dehors, à travers l'épaisseur tout entière du voile (1).

Comme Trélat, comme J. Wolff, je crois qu'on peut remplacer tous ces procédés de libération latérale par la désinsertion du voile au niveau du bord postérieur du palais osseux. Cette désinsertion annule

(1) FÉLIZET, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XX, 1894, p. 685.

absolument ou rend facilement surmontable la résistance des muscles. Elle assure le succès lorsqu'elle est faite largement et hardiment.

Le véritable inventeur de l'*uranoplastie* est Dieffenbach. Son procédé, dit *en pont*, un peu laissé dans l'oubli, a été réinventé quelques années plus tard par Baizeau en France, Langenbeck en Allemagne, Field en Angleterre. Verneuil a fixé définitivement ce point d'histoire sur lequel je ne reviendrai pas (1).

Avant Dieffenbach, Sédillot, Roux, Pancoast avaient essayé de combler des pertes de substance accidentelles du palais : Sédillot au moyen d'une simple dissection circulaire autour de l'orifice ; Roux en taillant de chaque côté un lambeau quadrilatère à base postérieure et en rapprochant la face cruentée des deux lambeaux au moyen de deux fils, dont l'antérieur, ramené au dehors par la narine correspondante, les empêchait de pendre dans la bouche ; Pancoast par deux lambeaux triangulaires latéraux dont l'un avait sa base en avant, l'autre en arrière, qu'il adaptait l'un à l'autre au moyen de plusieurs fils dont l'anse embrassait un bout de sonde placé dans la fosse nasale.

Celui qui le premier s'attaqua à une division *congénitale* de la voûte palatine fut Krimer. Voici son procédé : l'opération fut pratiquée sur une jeune fille de dix-huit ans qui avait subi la staphylorrhaphie avec succès : incisions transversales très longues passant à 2 ou 3 millimètres en avant et en arrière de la fissure, incisions antéro-postérieures réunissant de chaque côté les extrémités externes des incisions transversales. Dissection de dehors en dedans des deux lambeaux adhérents aux bords de la division ; renversement vers les fosses nasales de ces lambeaux réunis par trois points de suture dont les fils sortaient sans doute par la narine. Cette première tentative réussit, mais on peut affirmer que des lambeaux disséqués de la sorte doivent être dans la plupart des cas voués à la gangrène.

Avec la dissection de lambeaux en pont, adhérents à leurs deux extrémités, la vraie, la bonne méthode d'uranoplastie fut créée. L'honneur doit en être reporté, ainsi que je l'ai déjà dit, à Dieffenbach. L'exécution en devint pratique et courante avec Baizeau et Langenbeck. Ce dernier eut le mérite de comprendre l'importance du *détachement du périoste*, et il régla tout son manuel opératoire sur cette donnée. Dans la période toute moderne, les hommes qui contribuèrent le plus à la vulgarisation de cette opération et au perfectionnement de sa technique sont U. Trélat, Ehrmann (de Mulhouse), Rouge (de Lausanne), Julius Wolff (de Berlin).

a. Appareil instrumental. — Il est à peu de chose près le même pour l'uranoplastie et la staphylorrhaphie et se compose des instruments suivants :

(1) VERNEUIL, *Mém. de chir.*, t. 1^{er}, p. 505.

1° *Bâillons*. — Celui de Smith, léger et facile à placer, se déplace ou se brise aisément. Celui de Mears ne nous est pas familier en

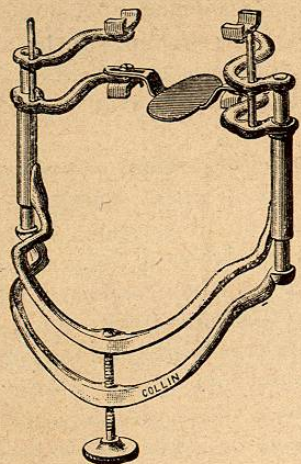


Fig. 190. — Bâillon ouvre-bouche du professeur Trélat.

France (1). Le meilleur me paraît être celui de Trélat construit par Collin. Il en existe plusieurs types de dimensions diverses. Bien placé, il ne bouge guère; trop enfoncé, il refoule l'épiglotte et cause l'asphyxie. Il y a donc une surveillance à exercer de ce côté.

2° *Couteaux et ciseaux*. — Deux bistouris droits à petite lame et à long manche dont l'un à *tranchant droit* (fig. 191), deux autres coudés à droite et à gauche. Un bistouri fort et court, à lame droite.

Ciseaux droits, longs, pointus et mousses; ciseaux pointus courbés sur le plat.

3° *Pinces diverses*. — Longues pinces droites et courbes, à mors plats et à griffes; mon modèle de pince à fourche avec des branches de longueur inégale, dont j'indiquerai l'usage (fig. 192). Une vingtaine de pinces hémostatiques ordinaires pour tenir les fils.



Fig. 191. — Bistouri à tranchant droit.

4° *Rugines*. — Elles ont remplacé le levier mousse de Langenbeck. Elles sont coudées à droite et à gauche, fixées au manche sous



Fig. 192. — Pince à fourche, à branches de longueur inégale (modèle Le Dentu).

diverses inclinaisons, ou rectilignes (fig. 193 et 194). Elles représentent plusieurs types : le n° 1, type Trélat; le n° 2, la récurrente, type Le Dentu; le n° 3, type Le Dentu, à angle obtus; les droites, celles de Trélat, diffèrent entre elles par leur longueur, par le nivellement parfait ou le relèvement de leur extrémité tranchante.

5° *Porte-éponges*. — Modèle à coulisse, ou simplement longues pince à cran d'arrêt.

6° *Aiguilles*. — Les aiguilles courbes ordinaires, plates ou rondes, sont si difficiles à manœuvrer dans la bouche que nous sommes

(1) MEARS, in HEATH, *Encyclop. internationale de chir.*, 1886, t. V, p. 523.

arrivés peu à peu en France à nous servir, à l'exemple de Trélat, d'une aiguille de J. Reverdin aussi courbe que possible. Comme la pointe de cette aiguille se cache aisément derrière les lambeaux, dans la profondeur de la cavité buccale, et que le sang ou les mucosités sanguinolentes la masquent aux regards de l'aide chargé

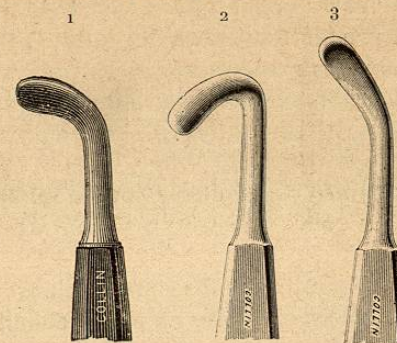


Fig. 193. — N° 1, rugine coudée, type Trélat. — N° 2, rugine récurrente, type Le Dentu. — N° 3, rugine à angle obtus, type Le Dentu.

d'y accrocher le fil d'argent, j'ai fait construire, il y a déjà quelques années, un instrument spécial portant une aiguille articulée qui peut se retourner entièrement vers l'opérateur et lui présente sa pointe, en avant du plan des lambeaux. Je la décrirai plus loin et je



Fig. 194. — Aiguille de Trélat.

dirai avec précision comment il faut s'en servir. L'aiguille en U de Trélat est parfois nécessaire pour agir juste derrière le bord alvéolaire (fig. 194).

7° *Fils*. — Du fil d'argent de 3/10 de millimètre de diamètre ou un peu plus fort, pour le plus grand nombre des points; pour la lèvre, de la soie tressée 0 ou 00, portée par de fines aiguilles courbes.

8° Un *porte-aiguille*, un *ajusteur*, des *crochets* mousse et pointu, un *tord-fil*, une seringue, complètent l'instrumentation.

9° De l'*eau bouillie* et de la *solution d'acide borique* à 4 p. 100 pour les lavages pendant et après l'opération.

b. *Anesthésie*. — Le chloroforme seul me paraît pouvoir procurer l'insensibilité absolue. L'emploi nécessaire d'un masque oblige à renoncer à l'éther. L'action de la cocaïne doit être trop superficielle pour annihiler réellement la douleur très intense causée par le détachement du périoste. Il faut pouvoir compter sur la docilité absolue des opérés.

L'anesthésie peut être complète pendant tout le cours de l'opération, à condition que l'opérateur cesse d'agir aussi souvent que

cela sera nécessaire et cède la place au chloroformisateur. La compresse ou l'éponge sont les deux seuls procédés possibles.

c. Technique. — Uranoplastie. — Je commencerai par l'uranoplastie. Cette désignation, plus correcte au point de vue des lois de l'étymologie que le mot palatoplastie, mérite la préférence.

Edm. Rose a eu la très bonne idée de placer le malade sur le dos, la tête renversée et pendante à l'extrémité du lit. Cette position facilite singulièrement toutes les manœuvres. Le chirurgien, assis en arrière de la tête de l'opéré, voit se développer sous ses yeux toute la voûte vélo-palatine jusqu'au pharynx. Trélat s'est empressé d'adopter l'innovation importante de Rose.

Les divisions palatines congénitales coexistent toujours avec une division complète du voile. Elles se présentent dans les trois conditions suivantes :

1° Division partielle plus ou moins étendue en avant.

2° Division totale intéressant plus ou moins complètement l'arcade alvéolaire d'un seul côté.

3° Division bifurquée en avant, intéressant les deux côtés de l'arcade alvéolaire, ordinairement compliquée de bec-de-lièvre bilatéral avec lobe intermaxillaire saillant.

Premier cas. — Division palatine ne dépassant pas en avant le trou palatin antérieur. Division concomitante du voile. — Je suppose que l'on veuille combler toute la brèche en une seule séance. C'est le cas type, le meilleur pour l'exposé du manuel opératoire. L'anesthésie étant complète, l'opérateur introduit et fixe avec soin le bâillon.

Avivement. — Avec de longues pinces à griffes, droites ou légèrement courbées, appliquées délicatement sur l'extrémité de l'une des moitiés de la luette, on redresse le voile du palais, on le tend en le rapprochant de la paroi du pharynx.

Alors on introduit la pointe du petit bistouri droit à long manche en avant de l'angle antérieur de la fissure, le tranchant tourné vers le pharynx, et l'on détache une bandelette de 2 millimètres de large jusqu'à la pointe de la luette inclusivement, autant que possible sans se reprendre (fig. 195). Voilà la théorie, mais il arrive souvent que la muqueuse est d'une minceur extrême sur les bords de la division osseuse; le couteau frotte sur l'os et ne détache rien. L'avivement normal n'est possible que sur le bord du voile. Il faut se contenter d'une incision allant jusqu'à l'os et suivant exactement le bord de la division.

Il arrive aussi, lorsque la voûte palatine redressée d'un côté est presque en continuité de direction avec la cloison des fosses nasales, que le couteau ne peut pas entamer la

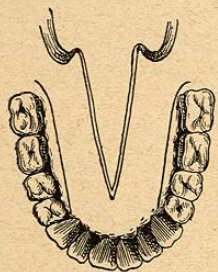


Fig. 195. — Avivement tracé des incisions latérales.

muqueuse. Dans ce cas encore on ne peut que faire une incision à la limite de la muqueuse palatine et de la cloison nasale; il faut se



Fig. 196. — Truelle tranchante coudée.

servir des couteaux coudés sur le plat, ou mieux, de la petite truelle tranchante de Trélat, montée presque perpendiculairement sur son manche qui permet d'inciser presque horizontalement (fig. 196).

Première incision libératrice. — Avec un bistouri court et fort, on fait jusqu'à l'os, dans l'une des moitiés de la voûte palatine, une incision qui commence derrière la dernière molaire, la contourne, suit la rangée des alvéoles en la serrant de très près, et ne doit se terminer qu'à près d'un centimètre en avant de l'angle antérieur de la division (fig. 195). En traçant l'incision très en dehors, on évite assez bien l'artère palatine postérieure, et en la prolongeant loin en avant, on facilite beaucoup la suite de l'opération.

Je pense, comme Tillaux, qu'il y a intérêt à ménager cette artère. On assure mieux ainsi la vitalité du lambeau (1). L'incision qui contourne

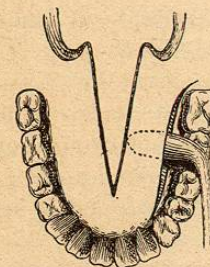


Fig. 197. — Libération du premier lambeau en son milieu, avec la rugine de Trélat.

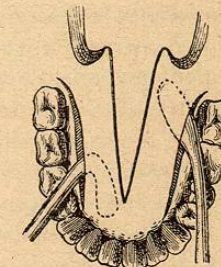


Fig. 198. — Libération des lambeaux en avant et en arrière, avec les rugines de Le Dentu.

la dernière molaire a sous ce rapport un avantage réel sur l'incision rectiligne, prolongée en arrière sur le voile, que pratiquait Trélat. En revanche elle favorise moins la mobilisation du voile, et on est quelquefois obligé d'y ajouter, pour faire cesser toute tension, un débridement rectiligne postérieur, assez profond, analogue comme direction à l'incision de Trélat.

Détachement du premier lambeau. — Ce détachement se fait au moyen des rugines figurées plus haut. Il faut se servir d'abord du type n° 1 (rugine de Trélat) (fig. 197). On en introduit l'extrémité faiblement tranchante dans le milieu de l'incision libératrice qui suit

(1) TILLAUX, *Bull. de thérap.*, 30 avril 1872, et De la staphylorrhaphie, *Gaz. des hôp.*, 23 janvier 1894, p. 87.

la rangée alvéolaire. Grâce à des pesées bien calculées, et en prenant garde de toujours suivre la surface osseuse, on chemine graduellement vers l'incision d'avivement. Le périoste se trouve ainsi entièrement soulevé avec la muqueuse palatine et le lambeau devient flottant dans sa partie moyenne. Pour le détachement de sa partie antérieure, la rugine récurrente (n° 2, type Le Dentu), m'a paru offrir des avantages réels (fig. 198). Il faut le poursuivre jusqu'à un centimètre en avant de la fissure. Enfin la rugine à angle très ouvert (n° 3, type Le Dentu), permet de détacher de même la partie postérieure du lambeau. Pendant cette dernière manœuvre, le bord du lambeau se loge dans l'angle obtus de la rugine et ne peut être violenté comme il le serait par un instrument rectiligne.

Pour compléter la désinsertion du voile derrière le bord osseux de la voûte palatine, les diverses rugines droites de Trélat sont utiles ou indispensables. Celle dont l'extrémité tranchante est un peu recourbée sur elle-même détruit les dernières adhérences (fig. 199).



Fig. 199. — Rugine de Trélat, un peu recourbée à son extrémité.

Il est de toute nécessité de ne jamais introduire un instrument sans voir exactement ce que l'on fait. On doit donc avoir assez de patience pour toujours attendre que l'hémostase soit suffisante.

Mêmes manœuvres du côté opposé. — On répète ces trois premiers temps du côté opposé, en se servant de la main droite et de la main gauche, et quand on s'est assuré que les lambeaux soulevés par une spatule s'adaptent d'eux-mêmes l'un à l'autre, on s'occupe des sutures.

Le mode de passage des fils et la suture seront décrits plus loin.

Deuxième cas. — *Fissure latérale allant jusqu'au bord alvéolaire exclusivement ou inclusivement, sans écartement du maxillaire et de l'intermaxillaire.* — Avivement, taille et détachement des lambeaux comme précédemment, sauf trois détails non dénués d'importance. Il est bon de diriger un peu *en dehors* l'extrémité antérieure des incisions libératrices; autrement l'extrémité antérieure des lambeaux serait parfois très étroite et pourrait se rompre pendant les manœuvres. Pour le décollement de cette extrémité antérieure ma rugine récurrente m'a rendu de très grands services. Maniée avec précaution, elle permet la libération jusque derrière la gencive des incisives et facilite ainsi beaucoup la suture. Enfin, dans certains cas où l'ogive du palais est très fermée, on parvient, en plaçant les deux fils antérieurs avec l'aiguille en U de Trélat, à fermer entièrement la brèche. Ce temps reste quand même très délicat.

Si la fissure entame le bord alvéolaire, je ne fais pas l'uranoplastie en premier lieu; il est indispensable de régulariser tout d'abord le

maxillaire par l'ostéotomie sous-périostée du maxillaire, suivant le manuel opératoire décrit plus haut (p. 728).

Troisième cas. — *Fissure bilatérale entamant le bord alvéolaire des deux côtés. Saillie de l'intermaxillaire.* — Même conclusion pour ces cas compliqués. Avant toute chose, il faut s'occuper de la régularisation de la face; plus tard, lorsque les deux maxillaires se sont soudés à l'intermaxillaire, ou que, après suppression de ce dernier, ils se sont mis en contact parfait ou réellement fusionnés, on pratique l'uranostaphylorrhaphie dans des conditions aussi avantageuses que si l'arcade alvéolaire n'avait jamais été interrompue.

Quatrième temps. — *Passage des fils pour la suture.* — L'ancienne technique de Roux, de Langenbeck, de Sédillot, de Bérard, de Foraytier n'a plus de raison d'être actuellement. Pour le passage des



Fig. 200. — Aiguille articulée de Le Dentu.

fils d'argent, les anciens procédés très compliqués de Roux, de Foraytier, de Bérard sont devenus inutiles; on peut se servir de l'aiguille courbe de J. Reverdin de la manière suivante: L'opérateur pique l'un des lambeaux à un demi-centimètre du bord, un peu en arrière de l'angle antérieur de la division; lorsque l'instrument a traversé le voile, il l'incline vers la ligne médiane et ouvre le chas. A ce moment, un aide exercé porte, au moyen de longues pinces à mors plats, une des extrémités d'un fil d'argent repliée en anse jusqu'au chas et l'accroche. L'opérateur tire à lui l'aiguille qui entraîne le fil. Même manœuvre du côté opposé, en se servant de la main droite ou de la main gauche.

Depuis plusieurs années j'emploie à peu près exclusivement l'aiguille dont j'ai donné pour la première fois la description à l'Académie de médecine (1).

Elle se compose de deux parties mobiles l'une sur l'autre (fig. 200). C'est d'abord une coulisse ou gaine, munie de deux anneaux latéraux vers l'une de ses extrémités, percée à l'autre extrémité d'un orifice à direction oblique qui s'ouvre sur la face antérieure de cette gaine et non dans la direction de l'axe longitudinal. Une petite pointe très courte, semblable à celle de la pique de Pamard pour la fixation de l'œil, termine cette première pièce. C'est ensuite une tige pleine, portant d'une part un anneau, d'autre part une aiguille articulée à charnière, d'une forme particulière, à courbe parabolique. Cette tige et l'aiguille

(1) A. LE DENTU, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 31 mars 1891, p. 519.

glissent dans la gaine. Ses mouvements de va-et-vient sont déterminés et réglés par l'index et le médius engagés dans les anneaux latéraux de la gaine, et par le pouce engagé dans l'anneau de la tige pleine. La pression du pouce fait sortir l'aiguille par le canal oblique de l'extrémité opposée. Elle prend donc elle-même une direction oblique par rapport à l'instrument et *se recourbe entièrement vers l'opérateur* de manière à lui présenter sa pointe et le chas ouvert situé tout près de celle-ci. Ce chas, très incliné sur l'axe et placé sur la convexité de l'aiguille, doit avoir juste les dimensions voulues pour admettre un fil d'argent de faible diamètre.

La manœuvre de cet instrument, assez délicate pour qui n'en a pas encore une grande habitude, se simplifie beaucoup par l'usage. Certains détails de technique en facilitent beaucoup l'emploi.

Le bord de l'un des lambeaux étant maintenu un peu tendu par les branches de mes pinces à fourche, on fiche la petite pique terminale de l'instrument à 6 ou 7^{mm} du bord interne du lambeau, *un peu plus en dehors* que si l'on se servait de l'aiguille de Reverdin. Afin de redresser la direction de l'aiguille, et avant de la pousser au dehors, il faut incliner l'instrument tout entier *sur le côté opposé* de la bouche. A cette condition l'aiguille traverse le lambeau suivant une direction à peu près perpendiculaire. Si elle rencontre quelque résistance, il ne faut pas craindre d'appliquer assez fortement la pique sur le lambeau, tout en le maintenant solidement avec les pinces à fourche.

Lorsque l'aiguille a décrit sa courbe et est venue se présenter entre les lèvres de la fissure, l'aide introduit dans son chas ouvert l'extrémité repliée en anse d'un fil d'argent. Alors on fait glisser les deux tiges l'une sur l'autre en sens inverse; mais il importe *de ne pas faire rentrer l'aiguille complètement* dans sa gaine avec le fil. Il faut retirer l'instrument avec l'aiguille à moitié au dehors de la coulisse. L'expérience m'a démontré que, grâce à cette précaution, cette aiguille bien construite accroche à peine les tissus.

On place ainsi le nombre de fils nécessaire, à quatre ou cinq millimètres de distance les uns des autres, jusqu'à la base de la luette (fig. 201). Il en faut habituellement de sept à neuf. La luette est suturée au moyen de deux fils de soie n° 0 portés par des aiguilles ordinaires très fines et très courbées (fig. 202).

On rapproche les bords des lambeaux et on s'assure avec l'ajusteur de leur parfaite adaptation réciproque. Les crochets mousses et pointus sont d'une grande utilité pour redresser et soutenir les bords. Alors on tord les fils en commençant par le plus antérieur. L'emploi du tord-fil exige une extrême précision. Le succès dépend en grande partie de la manière dont les fils sont serrés. Une constriction trop forte cause infailliblement la gangrène. Il faut serrer juste assez pour que les bords se touchent sur toute leur tranche et même par une partie de leur face cruentée, s'ils sont minces, et pour qu'il y ait

contact sans pression. Si les tissus prennent une teinte un peu blanche, c'est qu'on a dépassé le degré convenable. On évitera de casser les fils, en retirant vers soi le tord-fil à mesure que les tours de spire se multiplient. Les fils de la luette seront noués avec les doigts introduits le plus profondément possible.

Il ne reste plus qu'à couper les fils à quelques millimètres de longueur et à les recourber vers la moitié droite du palais, correspondant au côté droit de l'opérateur. Ils se présentent ainsi très commodément plus tard pour leur ablation.

Les fils doivent être laissés en place en moyenne quatre jours pleins, quelquefois cinq jours. Très exceptionnellement l'un d'eux ne sera

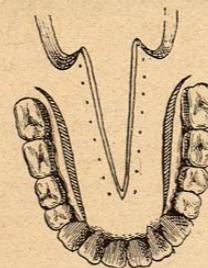


Fig. 201. — Place à donner aux fils.

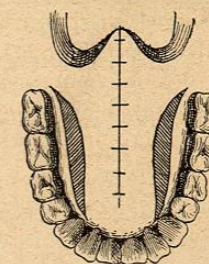


Fig. 202. — Suture terminée.

retiré qu'après six ou sept jours; c'est lorsque quelque point de la ligne de suture paraît menacé de désunion. Quand les suites opératoires sont tout à fait normales, quatre jours suffisent pour que la réunion soit solide; après les grandes uranostaphylorraphies, j'attends quelquefois jusqu'à cinq jours pour deux ou trois fils. Il n'y a guère que des inconvénients possibles à réduire le délai à moins de quatre jours.

Dudon a proposé de remplacer les fils par des rubans qui entourent les lambeaux et qui sont noués au-dessous d'eux. Je ne crois pas que ce procédé puisse donner des résultats comparables à ceux de la suture métallique (1).

G. Naumann a décrit récemment un procédé de suture dans lequel je ne puis voir qu'une résurrection approximative des anciens procédés employés en France et auxquels on a renoncé (2). Il consiste à traverser d'abord, de bas en haut, les bords de la fente avec les deux extrémités, repliées en crochet, d'un fil d'argent, qu'on dirige au dehors par la narine. Ces crochets servent à fixer les deux bouts d'un fil de soie qu'on ramène vers la bouche en tirant sur l'anse du fil d'argent.

(1) DUDON, Sur un point de la technique des opérations plastiques sur le palais (Bull. de la Soc. de chir., nouv. série, t. XIII, 1887, p. 48).

(2) GUSTAVE NAUMANN, Centralblatt für Chir., 1892, p. 1082.