

sont petites, en dehors du traitement de cette maladie, que des cautérisations au nitrate d'argent. Lorsqu'elles sont plus larges, on les traite par la staphyloraphie.

Les divisions congéniales du voile du palais peuvent être plus ou moins étendues; c'est ainsi qu'on en distingue quatre variétés, suivant que la luette seule est divisée, que le voile du palais est divisé dans sa moitié postérieure, qu'il est divisé dans toute sa hauteur sans solution de continuité de la voûte palatine, et enfin qu'avec la division du voile du palais coïncide une fissure partielle ou totale de la voûte palatine.

Limitée à la luette, la division n'a aucune importance; lorsqu'elle s'étend à la moitié postérieure du voile, sans avoir de grands inconvénients au point de vue de la déglutition, elle entraîne du nasonnement, ce qui est une raison suffisante pour la traiter, et ici on pourrait appliquer avec succès le moyen curatif préconisé par J. Cloquet pour la division complète avec intégrité de la voûte palatine, moyen qui consiste à toucher avec un fer rougi à blanc l'angle de la solution de continuité et les bords voisins dans l'étendue de trois millimètres, puis, après la chute de l'eschare, à revenir à la cautérisation, et ainsi de suite jusqu'à ce que la réunion soit obtenue dans toute l'étendue de la fente. Le cautère électrique pourrait encore être employé dans ces conditions-là. Ce traitement est de mise, je le répète, dans les cas de division incomplète; mais, dans ceux de division complète, il n'a pas donné un nombre suffisant de succès pour être pris en sérieuse considération.

Dans les cas de division complète du voile du palais avec intégrité de la voûte palatine, on doit avoir recours à la staphyloraphie, c'est-à-dire à la suture des deux bords du voile du palais préalablement avivés.

Roux, qui le premier pratiqua la staphyloraphie, plaçait les fils avant de faire l'avivement, en commençant par le supérieur: il se servait de fils de chanvre ou de soie formés par la réunion de trois fils rapprochés et cirés de façon à former un petit ruban; chaque extrémité des fils était engagée dans le chas d'une large aiguille courbe. Fixant l'une de ces aiguilles sur le porte-aiguille (fig. 273), le chirurgien traversait d'arrière en avant la lèvre droite de la fissure; puis,

lâchant cette aiguille, il engageait dans le porte-aiguille celle qui était fixée à l'autre extrémité du même fil, et, tenant l'instrument de la main gauche, il traversait d'arrière en avant la lèvre gauche de la fente. Les extrémités du fil sortant par la bouche étaient fixées par un nœud provisoire et ramenées sur le front.



Fig. 273. — Porte-aiguille de Roux.

Roux plaçait un deuxième fil à un centimètre et demi au-dessous du précédent, et le troisième et dernier sur la luette. Repoussant alors en arrière les anses de fil et tendant le côté gauche du voile avec une pince à griffes, il en excisait le bord avec des ciseaux coudés; il en faisait ensuite autant pour le côté droit. Au besoin, si l'avivement n'avait pas été complètement achevé avec les ciseaux, il le terminait avec un bistouri boutonné. L'espace compris entre le bord avivé et le point de passage des fils devait être d'un demi-centimètre à peu près.

Le malade s'étant un peu reposé et gargarisé, le chirurgien nouait les fils. Pour cela, après avoir enlevé le nœud provisoire fait aux extrémités de l'anse, il faisait un premier nœud qu'il conduisait jusqu'aux lèvres de la plaie mises au contact, et, pendant qu'un aide maintenait ce nœud avec une pince à pansement, il en faisait un second qu'il faisait glisser jusqu'au précédent. Il coupait ensuite les fils près des nœuds.

Pratiquée de cette manière, l'opération présentait des difficultés sérieuses, surtout pour aviver et pour nouer les fils. Il fallait dans l'avivement éviter de couper ces derniers; en outre, en passant les fils d'arrière en avant, on était exposé à ne pas placer exactement au même niveau les extrémités de chaque anse, ce qui est un fâcheux inconvénient.

Bérard modifia le manuel opératoire de la façon suivante: il avivait avant de placer les fils, et, pour avoir exactement au même niveau les extrémités de chaque fil, il perçait le voile d'arrière en avant de chaque côté avec un fil différent. Seulement un de ces



fil présentait sur son chef interne une anse dans laquelle il engageait l'extrémité de l'autre fil; puis, tirant sur le premier, il faisait passer le second dans le même trou et se trouvait ainsi avoir embrassé les deux côtés du voile avec la même anse.

Divers porte-aiguille ou porte-fil ont été inventés pour faciliter le passage des fils; je citerai seulement le porte-ligature de Depierris qui n'est du reste plus usité à présent.

Afin de rendre plus aisé le rapprochement des deux côtés du voile, plusieurs chirurgiens et entre autres Dieffenbach ont proposé de faire de chaque côté des incisions propres à favoriser ce résultat, et Waren a érigé en méthode la section du pilier antérieur. Dans le même but, Fergusson, à l'aide d'un petit couteau coudé sur le plat passé en arrière du voile du palais, divisait ou croyait diviser les péristaphylins internes et externes de chaque côté, en respectant la muqueuse de la face antérieure du voile.

Il sectionnait ensuite le pharyngo-staphylin en coupant transversalement le pilier postérieur; ces incisions devaient avoir l'avantage de rendre le voile du palais immobile, en même temps qu'elles favorisaient le rapprochement de ses bords.

Il est permis d'élever des doutes sur la réalité de la section des péristaphylins faite d'arrière en avant.

Sédillot a préconisé la section des muscles péristaphylins internes, pharyngo-staphylins et glosso-staphylins. Voici comment il procède: portant en dedans et en bas, à l'aide d'une pince-érigne, la partie inférieure et interne du voile, il divise avec un ténotome dirigé en bas et en dehors le muscle péristaphylin interne à un centimètre environ au-dessus et en dehors du bord supérieur de la luette. On reconnaît que le muscle est divisé à ce que le côté du voile se rapproche davantage de la ligne médiane et ne peut s'élever. Le pilier antérieur et puis le postérieur sont coupés avec des ciseaux.

Pour fixer le voile du palais après l'avivement et pendant qu'il fait les sutures, Sédillot a imaginé un instrument qu'il a désigné sous le nom de staphylostas (fig. 274) et qui est formé d'une tige d'acier plate terminée d'un côté par un manche et portant à l'autre extrémité un anneau d'acier coudé garni de caoutchouc. La tige plate sert à abaisser la langue et l'anneau garni de caoutchouc à soutenir le voile du palais en arrière pendant qu'on passe les aiguilles. Cet

instrument a depuis été modifié, et on a ajouté une érigne double destinée à fixer plus solidement le voile du palais.

Quoi qu'il en soit de la réalité de la division des péristaphylins internes qui était révoquée en doute par Malgaigne, le procédé de Sédillot n'en a pas moins pour effet de déterminer le relâchement des parties et doit, à ce titre, être employé quand on a de la peine à amener au contact les bords de la solution de continuité.

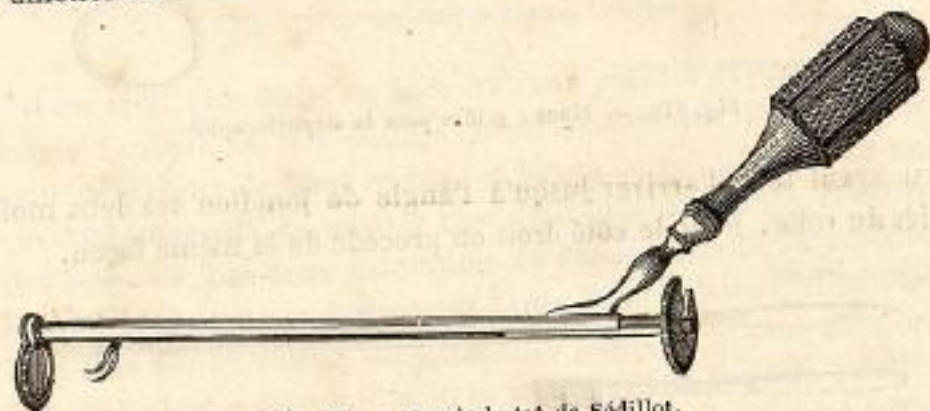


Fig. 274. — Staphylostas de Sédillot.

Aujourd'hui on emploie, en général, la suture métallique, et on se sert d'instruments analogues à ceux employés pour opérer la fistule vésico-vaginale suivant la méthode américaine.

Il est à peu près indispensable de différer l'opération jusqu'à ce que le malade soit assez raisonnable pour se prêter sans résistance à toutes les manœuvres de l'opération, c'est-à-dire qu'il ait l'âge de seize à dix-huit ans, bien qu'il n'y ait rien d'absolu à ce sujet et que les différences de caractère aient une grande influence sur ce point-là. Il est utile de préparer le malade à l'opération en insensibilisant autant que possible le voile du palais par l'administration du bromure de potassium. L'anesthésie est formellement contre-indiquée.

Le malade étant assis en face d'une fenêtre et ouvrant largement la bouche, le chirurgien procède à l'avivement et, pour ce faire, il saisit de la main gauche, avec une pince à griffes (fig. 275), le côté gauche du voile, et avec un bistouri à long manche (fig. 276), tenu de la main droite, il traverse ce côté du voile un peu au-dessus du milieu de sa hauteur, à trois millimètres du bord, et il coupe ensuite de haut en bas jusqu'à la partie inférieure de la luette; puis



retournant le bistouri le tranchant en haut, il achève l'avivement de bas en haut jusqu'au bord postérieur de la voûte palatine,

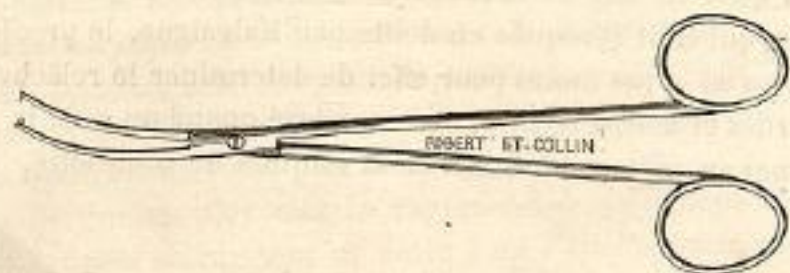


Fig. 275. — Pince à griffes pour la staphyloraphie.

- en ayant soin d'arriver jusqu'à l'angle de jonction des deux moitiés du voile. Pour le côté droit on procède de la même façon.



Fig. 276. — Bistouris à long manche pour la staphyloraphie.

Sans qu'il faille être ambidextre, on peut très-bien aviver avec le bistouri tenu de la main droite. On s'assure que l'avivement est bien

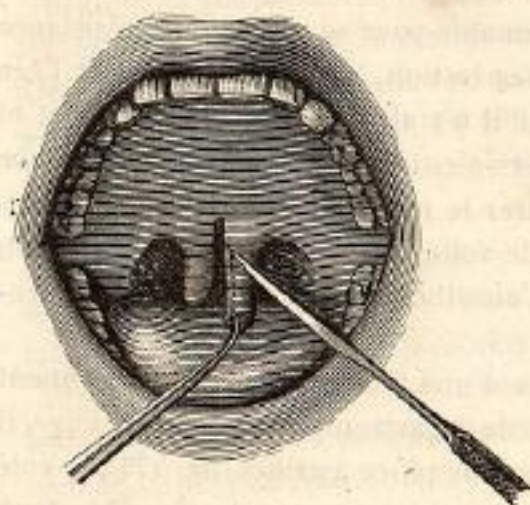


Fig. 277. — Staphyloraphie, avivement.

fait, en faisant gargariser le malade et en nettoyant les bords de la plaie avec de petites éponges portées sur un bout de bois ou sur des pinces spéciales.

Différents porte-aiguille ou porte-fil peuvent être employés pour passer les fils, mais l'instrument le plus commode me paraît être une aiguille de Startin cou-dée latéralement dans laquelle on fait cheminer le

aiguille d'avant en arrière pour le côté gauche et d'arrière en avant pour le côté droit, car elle est disposée de façon à pouvoir traverser successivement et sans interruption les deux côtés du voile.

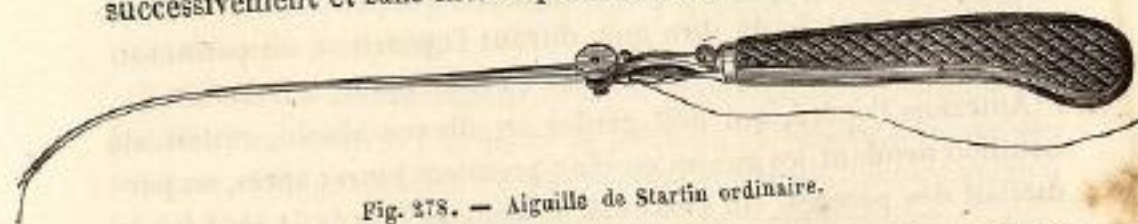


Fig. 278. — Aiguille de Startin ordinaire.

Il est ainsi plus facile de faire les deux piqûres exactement à la même hauteur. On fait ensuite cheminer et sortir le fil en tournant la roulette de haut en bas, et lorsqu'on en a fait saillir une quantité suffisante, on saisit le chef droit avec une pince, et on retire l'aiguille. Les deux extrémités de l'anse métallique amenées à l'extérieur sont provisoirement fixées l'une à l'autre et confiées à un aide qui les relève. On commence par le fil le plus élevé qui doit être placé à deux millimètres au-dessous de la voûte palatine, puis on passe successivement les autres fils, en laissant entre eux un intervalle de cinq à six millimètres. On en met ainsi cinq ou six.

Pour serrer les points de suture, on peut recourir aux tubes de Galli, c'est-à-dire à de petits tubes en plomb dans lesquels on engage les fils, que l'on conduit jusque sur les bords de la plaie avec une pince *ad hoc* et que l'on écrase de façon à fixer les fils, après s'être assuré qu'ils maintiennent exactement en contact les lèvres de la solution de continuité. Il est encore plus simple d'arrêter les fils en



Fig. 279. — Tord-fil de Coghill.

les tordant l'un sur l'autre, et, pour cela, le tord-fil de Coghill (fig. 279), dans les trous duquel on engage les deux extrémités du fil et qu'on n'a ensuite qu'à tourner un certain nombre de fois sur son axe, est extrêmement commode. Cet instrument est formé par une tige dont l'extrémité libre est renflée et percée de deux trous parallèles. Après la torsion, on coupe les fils à trois ou quatre millimètres de la plaie.



Si l'on avait de la peine à rapprocher les deux bords du voile, ou si, une fois réuni, il paraissait trop tendu, on pourrait recourir aux débridements latéraux que j'ai indiqués ci-dessus.

Je n'ai pas besoin de dire que, durant l'opération, on permet au malade de se gargariser chaque fois qu'il en éprouve le besoin.

Autrefois l'opéré, qui doit garder un silence absolu, restait au bouillon pendant les quatre ou cinq premiers jours; après, on permettait des potages. On s'est relâché aujourd'hui de la sévérité de ce régime. C'est le troisième ou le quatrième jour que l'on retire les fils. Il est bon de ne pas les enlever tous à la fois; on retire d'abord ceux du milieu et pour les autres on attend au lendemain.

A la suite de la staphyloraphie, il arrive rarement, quelque soin que l'on ait apporté à la suture, que la réunion des deux côtés de la luette soit complète. Elle reste en général bifide. C'est là une défectuosité de peu d'importance et dont on n'a guère à se préoccuper.

Roux excisait une des portions de cette luette double.

Nélaton a mis en usage, afin d'obvier à la non-réunion de la luette, des modifications analogues à celles auxquelles on a eu recours pour éviter l'encoche qui subsiste souvent après l'opération du bec-de-lièvre. Si la division ne remontait pas jusqu'à la partie supérieure du voile, il laissait adhérents entre eux par leur partie supérieure les deux lambeaux produits par l'avivement de la partie supérieure du voile; à la partie inférieure il ne les séparait pas des parties voisines et les laissait retomber sans les diviser.

Dans le cas de fissure plus longue, il séparait les petits lambeaux dans toute leur étendue, sauf à l'extrémité inférieure de la fente, les renversait en bas et les rapprochait à la partie inférieure par un point de suture.

Quand avec une division du voile du palais coïncide une division de la voûte palatine, on peut faire dans la même séance l'uranoplastie et la staphyloraphie.

Je signalerai ici, en terminant, une opération d'autoplastie du voile du palais par la méthode indienne faite par Bonfils qui, pour combler une ouverture laissée à la partie supérieure du voile du palais à la suite d'une opération qui avait donné une réunion incomplète, prit un lambeau sur la voûte palatine, le tordit sur son pédicule et s'en servit pour combler le vide.

§2. **Voûte palatine.** — *Uranoplastie* (fig. 280, 281). — La voûte palatine présente parfois des perforations traumatiques ou spontanées. Elle est aussi le siège de divisions congéniales coïncidant avec celle du voile du palais.

Deux modes de traitement sont en présence pour obvier à ces lésions: l'un consiste à boucher la perte de substance avec un obturateur fait généralement en caoutchouc ou en métal, l'autre à la combler à l'aide d'une opération, et c'est l'uranoplastie.

Il est assez difficile de se prononcer d'une façon absolue entre l'opération et l'emploi des obturateurs. Cependant il est presque de règle d'opérer quand la solution de continuité ne dépasse pas un centimètre d'étendue, et comme l'opération ne compromet pas la vie du malade, on peut y recourir même pour les divisions complètes, aujourd'hui surtout que la méthode dans laquelle on emploie un lambeau en double pont formé du tissu muco-périostique (*involverum palati* des Allemands) qui revêt la face inférieure de la voûte palatine, permet d'obtenir des résultats bien supérieurs à ceux que l'on avait avant l'introduction de cette méthode dans la thérapeutique chirurgicale. On devra néanmoins s'abstenir en présence d'une atrophie très-prononcée des parties latérales du palais.

Je passerai rapidement en revue les opérations tombées presque dans l'oubli et dont Langenbeck, dans son intéressant mémoire sur l'uranoplastie (*Archives de chirurgie clinique*, publiées par Langenbeck et rédigées par Billroth et par Gurtl, Berlin, 1861, p. 203 et suivantes), a donné un historique fort complet.

*Perforations.* — Roux faisait une incision transversale immédiatement en avant de la perte de substance; puis, de chaque côté, il pratiquait deux incisions antéro-postérieures allant se réunir à la précédente, l'une passant sur le bord de la perforation, l'autre à dix ou quinze millimètres en dehors. Les deux incisions externes étaient à peu près parallèles, tandis que les internes allaient se réunir en arrière de la perforation.

Il avait ainsi deux lambeaux triangulaires à base postérieure et à angle au sommet tronqué qu'il disséquait en rasant l'os, et il enlevait la muqueuse ou le tissu cicatriciel bordant la perforation. Cela fait, il rapprochait les deux lambeaux par leurs bords internes et les réunissait au moyen de deux points de suture, un postérieur qu'il



nouait à la partie inférieure et qu'il coupait, l'autre antérieur qu'il nouait en haut et dont il engageait les chefs dans la narine à l'aide d'une sonde de Bellocq, pour les serrer au-devant du nez sur un tampon de linge. Il favorisait ainsi l'adhérence du lambeau avec le pourtour de la perforation.

Botrel a employé un procédé qui a une grande analogie avec le précédent. De chaque côté de l'extrémité antérieure de la perforation il pratiqua une incision transversale d'un peu moins d'un centimètre, de l'extrémité externe de laquelle il fit partir une seconde incision se portant en arrière et un peu obliquement en dehors. Le décollement de la membrane fibro-muqueuse interceptée par ces incisions fournit deux lambeaux qui furent avivés au niveau de leur bord interne, et la fente fut prolongée en arrière par une incision médiane de deux millimètres; une anse de fil fut passée à travers l'extrémité antérieure des deux lambeaux, et ses chefs engagés dans les fosses nasales et sortant par les narines furent fixés sur la tête.

Buehring a appliqué à la cure des perforations de la voûte palatine un procédé préconisé par Dieffenbach pour obturer les divisions congéniales de la voûte palatine, procédé qui consiste à détacher en partie de chaque côté de la perforation, à l'aide d'un instrument approprié, une sorte de lambeau osseux qu'on juxtapose par leurs bords internes préalablement avivés et que l'on maintient avec une ligature qui les entoure. Buehring répéta deux fois cette opération, sans obtenir de succès complet.

*Autoplastie en pont.* — Cette opération est connue en France sous le nom de procédé de Baizeau, bien qu'elle ait été pratiquée avant lui, et qu'on puisse en faire remonter l'origine à Dieffenbach.

Baizeau, ayant à remédier à une perforation de la voûte palatine de forme arrondie et de huit millimètres de diamètre, tailla de chaque côté de la fistule à l'aide de deux incisions antéro-postérieures deux lambeaux longitudinaux, en ayant soin de faire porter à un ou deux millimètres en dehors de l'ouverture l'incision limitant le bord interne des lambeaux. A l'aide des bistouris de Roux, il détacha ces lambeaux de la voûte palatine par leur face profonde et réunit leurs bords internes au moyen de deux points de suture faits avec des fils de chanvre et serrés du côté de la bouche avec des tubes de Galli.

Depuis, Baizeau a fait subir à son procédé deux modifications consistant dans l'avivement préalable des bords de la perte de substance et la substitution de fils métalliques aux fils de chanvre.

Non-seulement cette opération de Baizeau offre l'avantage de donner des lambeaux mieux nourris que les autres procédés, mais encore ces lambeaux constitués par la membrane fibro-muqueuse qui constitue le périoste de la voûte palatine sont susceptibles, sinon de s'ossifier, tout au moins de se durcir et de combler le vide par une substance résistante.

Pour obtenir ce résultat, il faut avoir soin de pénétrer jusqu'à l'os, quand on décolle les lambeaux. On n'a pas à craindre, en agissant ainsi, de voir la voûte palatine se nécroser.

*Division congéniale de la voûte palatine* (fig. 280, 281). — Krimer a eu recours au procédé suivant : à l'aide de deux incisions longitudinales situées à quatre lignes en dehors des bords de la division, se réunissant en avant à angle obtus et s'arrêtant en arrière au niveau des vestiges du voile du palais, il circoncrivit deux lambeaux triangulaires à base postérieure qu'il détacha de dehors en dedans, en les laissant adhérents par leur bord interne. Ces deux lambeaux furent renversés en dedans, de façon que leur face inférieure se trouvât portée en haut du côté des fosses nasales. Ils furent affrontés par leurs bords externes devenus internes et réunis à l'aide de quatre points de suture. C'est là une opération qui ne doit inspirer qu'une très-médiocre confiance.

J'en dirai tout autant des tentatives de restauration à l'aide de lambeaux osseux, méthode imaginée par Dieffenbach et que j'ai déjà signalée à propos des perforations. Cette méthode consiste à détacher de chaque côté de la division palatine, à l'aide d'une scie, d'un ciseau ou d'un couteau spécial, un pont osseux qu'on laisse adhérent en avant aux parties dures et en arrière au voile du palais. Une ligature introduite dans les solutions de continuité que l'on vient de créer permet de rapprocher ces lambeaux osseux et de maintenir en contact leurs bords internes préalablement avivés.

J'en viens maintenant à la méthode opératoire dans laquelle on emploie des lambeaux en pont formés par le tissu muco-périostique qui revêt la face inférieure de la voûte palatine.

C'est, en somme, à Langenbeck que revient le mérite, sinon



d'avoir inventé cette méthode, tout au moins d'en avoir tracé les règles et vulgarisé l'emploi.

Les instruments employés par Langenbeck pour pratiquer cette opération sont :

Des crochets mousses destinés à être placés au niveau des commissures labiales et réunis l'un à l'autre par une bande de caoutchouc passant derrière la tête;

Un speculum oris, dont on ne se sert que pour les malades indociles ;

Des pinces de Museux à longues branches ;

Un bistouri convexe et solide pour aviver les bords du palais dur et inciser le tissu qui revêt la face inférieure de la voûte palatine ;

Un couteau lancéolaire à deux tranchants et un ténotome courbe pour agir sur le voile du palais, car Langenbeck pratique dans la même séance la staphyloraphie et l'uranoplastie ;

Une rugine recourbée ;

Des élévatoires de diverses formes ;

Un porte-aiguille ;

Un porte-suture ;

Des fils de soie ;

Un petit appareil pour fixer provisoirement les sutures ;

Des éponges ;

Une seringue ;

Et enfin des ciseaux ordinaires destinés à couper les fils.

Les différents porte-aiguille que j'ai signalés à propos de la staphyloraphie sont ici parfaitement applicables ; mieux encore peut-être les aiguilles tubulées peuvent-elles servir à passer les fils métalliques, car on se sert généralement aujourd'hui pour cette opération de fils d'argent que l'on fixe en tordant ensemble leurs deux extrémités. On a aussi fabriqué des rugines de différents genres pour faciliter le décollement des lambeaux périostiques.

On opère le malade assis et sans recourir au chloroforme. Je vais, dans la description de l'opération, ne m'occuper que de l'uranoplastie, laissant de côté la staphyloraphie que j'ai déjà décrite. Dans le cas où l'on a à pratiquer ces deux opérations dans une même séance, on avive d'abord le voile du palais. Quant aux sutures, on

commence toujours, même dans ce cas-là, par les placer d'abord à la partie antérieure de la voûte palatine.

L'avivement des bords de la fente du palais dur se fait avec un bis-

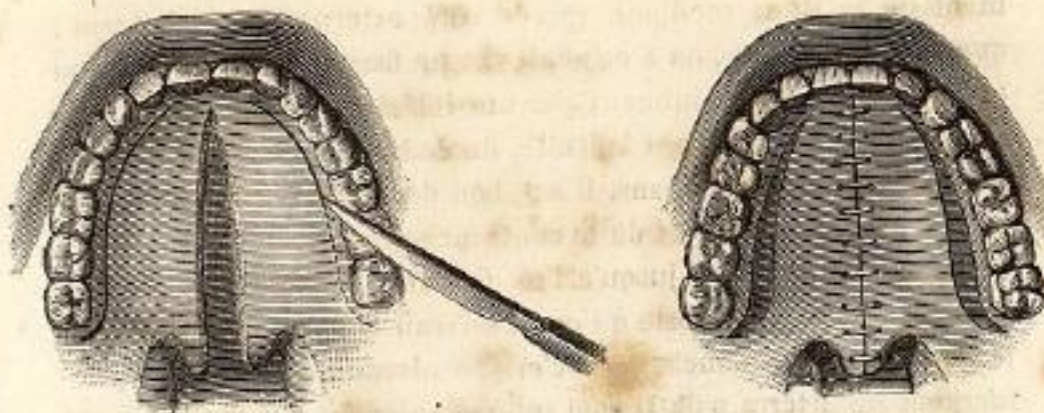


Fig. 280. — Uranoplastie (procédé de Langenbeck), formation des lambeaux.

Fig. 281. — Uranoplastie (procédé de Langenbeck), résultat.

touri solide ; il faut avoir soin d'enlever de chaque côté de la division un lambeau de muqueuse de un à deux millimètres de largeur, de façon à arriver jusqu'à l'os, sans toutefois intéresser son tissu. Cet avivement terminé, on taille les lambeaux destinés à combler la perte de substance. Lorsque la division est située sur la ligne médiane et symétrique, dans quel cas le vomer n'est pas soudé à la voûte palatine, on prend de chaque côté un lambeau borné en dedans par le bord cruenté de la fente du palais et limité en dehors par une incision longeant l'arcade alvéolaire depuis le crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde jusqu'à l'intervalle des incisives moyenne et latérale (fig. 280). Quand la fente palatine est située, non plus exactement sur la ligne médiane, mais à côté (en général à gauche), et que le vomer est adhérent à l'autre portion de la voûte palatine, Langenbeck conseille de ne pratiquer l'incision qui longe le bord alvéolaire que du côté où se trouve la division et de ne point en faire sur la portion du palais à laquelle est soudé le vomer. Cette section unilatérale doit alors aboutir en avant entre la canine et la première molaire. En tout cas, faite d'un côté ou des deux côtés, elle doit diviser complètement le périoste et pénétrer jusqu'à l'os.



On passe ensuite au décollement des lambeaux muco-périostiques que l'on pratique avec une rugine. Si on n'a délimité par une incision externe qu'un seul lambeau (dans le cas de division latérale), on devra naturellement pour le côté opposé faire le décollement de la ligne médiane vers le côté externe laissé adhérent ; quand, au contraire, on a eu affaire à une fissure médiane et qu'on a délimité les deux lambeaux par une incision externe, on procède au décollement, en allant à droite, de dedans en dehors, et à gauche, de dehors en dedans. Il est bon de commencer le décollement avec une rugine et de le continuer avec un élévatoire ; l'instrument doit pénétrer jusqu'à l'os. Il faut avoir soin de respecter les adhérences du périoste à l'os au niveau des trous palatins postérieurs et du trou incisif, car c'est au niveau de ces trous qu'émergent les artères palatines et sphéno-palatines qui vascularisent le voile du palais et l'enveloppe du palais dur.

Les lambeaux convenablement décollés dans leur portion moyenne et demeurés adhérents par leurs extrémités antérieure et postérieure, on les rapproche l'un de l'autre, on les juxtapose par leurs bords internes, et on pratique la suture en procédant comme pour le voile du palais et en commençant par la partie antérieure.

En général, je l'ai dit, on se sert de fils d'argent. Pour les divisions complètes cinq ou six points de suture suffisent amplement.

Quand on fait simultanément l'uranoplastie et la staphyloraphie, on applique en tout dix ou douze points de suture. On arrête chaque fil en tordant ses deux extrémités l'une avec l'autre. Pour nouer et tordre les fils, on se servira avec avantage du tord-fil de Coghill dont j'ai donné, à la page 519, la description et la figure. L'époque à laquelle on doit enlever les sutures varie suivant la manière dont les lambeaux se comportent après l'opération.

Il est prudent de ne pas retirer tous les fils en même temps. On ne peut guère, en somme, les laisser en place moins de quatre jours, ni plus de dix.

J'ai supposé, dans la description que je viens de donner, l'opération faite pour une division intéressant la voûte palatine jusqu'à sa partie antérieure. Pour une fissure s'arrêtant à une certaine distance en arrière de ce point, on recourrait à un mode opératoire analogue.

Il survient quelquefois pendant l'opération une hémorrhagie assez abondante pour gêner l'opérateur ; il faut alors suspendre la manœuvre, engager le malade à se laver la bouche avec de l'eau froide et mieux de l'eau glacée, et, en dernier ressort, exercer la compression avec le doigt sur le point d'où le sang paraît venir.

Dans l'uranoplastie faite pour une fissure congéniale du palais, on a affaire à des os peu développés et à un périoste qui se ressent de l'état d'atrophie des os auxquels il adhère ; malgré ces conditions défavorables, on est en droit d'espérer que les lambeaux périostiques deviendront, sinon le siège d'une véritable ossification, tout au moins le substratum de la formation d'une substance dure qui remplacera la substance osseuse absente.

*Procédé de Lannelongue.* — Ce chirurgien a imaginé, pour obtenir les fissures congéniales de la voûte palatine, d'emprunter un lambeau à la membrane fibro-muqueuse qui tapisse la cloison des fosses nasales. Ce lambeau quadrilatère est circonscrit par une incision supérieure parallèle au bord inférieur de la cloison et deux incisions verticales, l'une en avant, l'autre en arrière.

On le détache avec une rugine jusqu'au voisinage du bord inférieur de la cloison ; on le rabat et on vient mettre son bord supérieur en rapport avec la lèvre opposée de la fissure préalablement avivée. Les parties amenées au contact sont maintenues par quelques points de suture métallique. Ce procédé a, paraît-il, donné à son auteur de bons résultats.

Pour qu'il soit applicable, il faut nécessairement que le vomer adhère à un des côtés de la division, ce qui est du reste le cas le plus fréquent. Il n'a encore, que je sache, été employé que par son auteur, et, bien qu'il puisse rendre d'utiles services dans quelques circonstances, lorsque, par exemple, l'autoplastie en pont n'a donné qu'un résultat incomplet, il ne me paraît pas appelé à détrôner ce dernier procédé, dans lequel les lambeaux sont évidemment dans des conditions de vitalité meilleure.

§ 3. *Luette.* — Dans les cas d'engorgement chronique de la luette ayant résisté aux médications généralement employées contre cet état, on a recours à l'excision, et, pour ce faire, le malade ouvrant bien la bouche et la langue étant abaissée, on saisit la luette avec une pince à griffes et, avec des ciseaux courbes, on en retranche la



partie inférieure. Des instruments spéciaux ont été inventés pour cet usage, mais ils sont parfaitement inutiles.

## ARTICLE VI

## AMYGDALES

§ 1. **Amygdalotomie** (fig. 282, 283). — L'amygdalotomie, employée dans les cas d'hypertrophie des amygdales, consiste dans l'excision de la portion de ces organes qui fait saillie en dedans des piliers du voile du palais, dans l'intervalle desquels sont logées ces glandes, à une distance de la carotide interne qui est en moyenne de plus d'un centimètre.

Si l'on a affaire à un sujet raisonnable, il n'est besoin d'aucun instrument pour maintenir la bouche ouverte; on aura seulement un abaisse-langue, et encore peut-on souvent s'en passer. Quand au contraire, c'est un enfant indocile que l'on opère, il faut avoir recours aux instruments spéciaux qui maintiennent la bouche ouverte et abaissent la langue, ou bien plus simplement à des morceaux de bouchon que l'on creuse un peu et que l'on introduit entre les dernières molaires de chaque côté. On prend ces morceaux de bouchon assez gros pour que, par leur interposition, ils maintiennent la bouche suffisamment ouverte. Le patient, recouvert d'une alèze fixée autour du cou, est assis devant une fenêtre. Un aide placé derrière lui maintient sa tête; d'autres aides tiennent les membres au besoin. Je crois, malgré l'opinion de certains chirurgiens, que l'anesthésie ne doit pas être employée dans cette opération.

Pour enlever les amygdales, on peut employer le bistouri ou l'amygdalotome. Quand on a recours au bistouri, on se sert d'un bistouri boutonné, et il est bon de recouvrir de diachylon la partie de la lame qui touche au manche de façon à ne pas blesser la langue. On fabrique du reste des bistouris spéciaux (bistouri de Blandin) dont le manche et la lame sont très-longs et dans lesquels cette dernière ne coupe que dans l'étendue de deux ou trois centimètres à partir du bouton. On commence par l'amygdale gauche que l'on soulève avec une pince de Museux, tenue de la main gauche (la pince de Robert dont les crochets sont à angle sur les

branches sont les plus commodes) et, avec le bistouri, on sectionne la glande en dehors des pincettes et en dedans des piliers qu'on prend bien garde de léser. Pour l'amygdale droite, on tient le bistouri de la main gauche et la pince de la droite.

Il est indifférent, quoi qu'on en dise, de couper de bas en haut ou de haut en bas. En agissant dans la première direction on protège la langue, mais on s'expose à blesser le voile du palais et réciproquement. Je me hâte de dire qu'avec une dextérité médiocre il est facile d'éviter de léser ces organes.

L'amygdalotome ou instrument de Fahnestock consiste essentiellement en un anneau mousse dans lequel glisse un anneau tranchant, disposés tous les deux de façon à pouvoir circonscrire

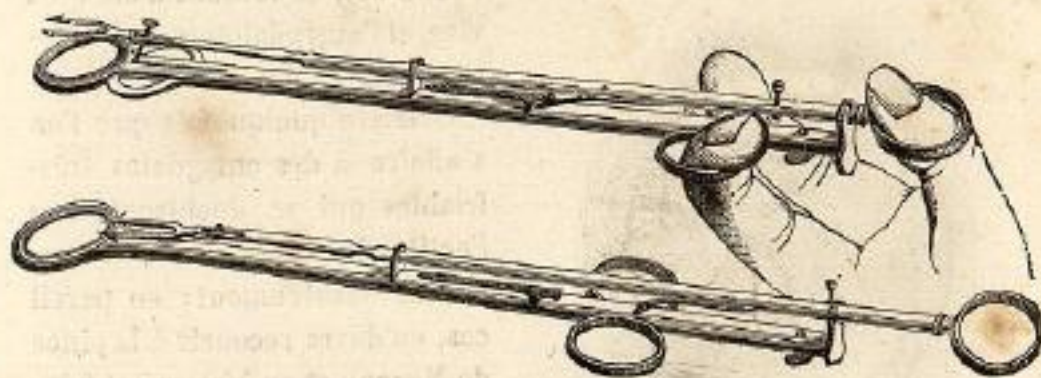


Fig. 282 — Amygdalotome de Mathieu.

l'amygdale. Les dimensions des anneaux doivent être proportionnées à celles des amygdales que l'on veut enlever, et le même instrument ne peut servir pour l'enfance et pour l'âge adulte. L'instrument primitif a subi des perfectionnements multiples; un des plus importants consiste dans l'addition d'une petite fourche qui permet de saisir la glande et de faire saillir la partie que l'on veut exciser; au moyen d'une vis, on gradue l'écartement de la fourche, de façon à enlever, suivant les cas, une partie plus ou moins considérable de l'amygdale. L'amygdalotome se manœuvrait d'abord avec les deux mains; on l'a modifié aujourd'hui de façon qu'une seule main suffit. On engage l'index et le médium dans les anneaux qui terminent le manche de l'instrument, et on applique l'autre extrémité autour de l'amygdale (fig. 283). Avec le



pouce on enfonce jusqu'au bout la tige qui met la fourche en mouvement, l'amygdale est saisie et portée en dedans, et en rapprochant du pouce les doigts passés dans les anneaux, elle est excisée. Chassaignac a l'habitude d'enlever les deux amygdales à la fois, en manœuvrant un amygdalotome de chaque main. On les retranche en général dans la même séance, mais en laissant le malade se gargariser et se reposer un instant entre les deux opérations.

Quoi qu'on en dise, dans les cas ordinaires et surtout lorsqu'on a affaire à un enfant indocile, l'amygdalotome est bien plus commode que le bistouri, car avec le premier de ces instruments on ne risque d'intéresser ni la langue, ni le voile du palais. On reproche à l'amygdalotome d'être plus douloureux que le bistouri; dans

aucun cas, la douleur n'est bien vive, et l'amygdalotome a l'avantage d'agir plus vite.

Il arrive quelquefois que l'on a affaire à des amygdales très-friables qui se déchirent sous l'action des pinces ou de la fourche de l'instrument; en pareil cas, on devra recourir à la pince de Museux et au bistouri et faire des excisions multiples, jusqu'à ce que l'on ait enlevé une quantité suffisante de la glande.

Quelque étrange que puisse paraître la lésion de la carotide

interne pendant l'ablation de l'amygdale, il paraît cependant qu'elle a été observée. Mais, fort heureusement, les hémorrhagies qui suivent quelquefois cette opération sont presque toujours des hémorrhagies capillaires; l'air frais, de larges inspirations, des gargarismes froids et astringents suffisent pour les arrêter. La compression avec le doigt maintenu un instant sur la surface saignante est d'une assez grande efficacité; on peut l'exercer aussi avec une grande pince à polype dont les deux branches garnies d'amadou sont appliquées, l'une sur l'amygdale, l'autre sur l'angle de la mâchoire, et sont fixées dans cette position à l'aide de cordons passés dans les anneaux.

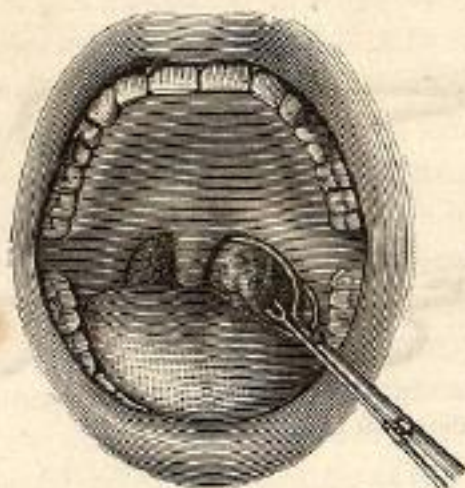


Fig. 283. — Amygdalotomie.

Ricord a inventé une pince spéciale pour cet usage. Si ces moyens restaient inactifs, on pourrait encore essayer l'application du perchlorure de fer et, en dernier ressort, la cautérisation au fer rouge.

§ 2. **Abcès des amygdales.** — Pour ouvrir les abcès des amygdales, on se sert d'un bistouri que l'on a chemisé jusqu'au voisinage de la pointe, en l'entourant d'une bandelette de diachylum.

## ARTICLE VII

### APPAREIL SALIVAIRE

§ 1. **Fistules du conduit de Sténon.** — Le conduit de Sténon part de la parotide, croise la branche de la mâchoire et le masséter et vient s'ouvrir dans la bouche au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure.

Différentes idées ont présidé au traitement des fistules de ce conduit. Une première méthode consiste purement et simplement à chercher à oblitérer la fistule. Elle suppose que l'orifice naturel et la portion du canal étendu de la fistule à cet orifice sont perméables. On a proposé tour à tour : l'avivement des bords de la fistule et leur réunion par la suture entortillée, la cautérisation avec le fer rouge ou le nitrate d'argent, la compression exercée au niveau de la fistule, l'obturation à l'aide d'une mince feuille d'or fixée avec du collodion et enfin la compression faite, ainsi que le recommandait Maisonneuve (l'ancien), entre la fistule et la glande.

A côté de ces procédés, je placerai la compression de la parotide préconisée par Desault, bien qu'il poursuivit un autre but, celui d'atrophier la glande et de tarir la sécrétion salivaire.

Dans une deuxième méthode, on cherche à dilater le trajet intermédiaire à la fistule et à l'orifice normal; il faut pour cela que ce trajet soit resté perméable. Morand pratiqua le premier cette opération qui fut plus tard répétée par Louis.

Voici comment on opère : un petit stylet aiguillé muni d'un fil est introduit de la fistule dans la bouche, en suivant le canal. Ce fil sert à entraîner dans la partie antérieure du canal un petit séton composé de quelques brins de soie. Les extrémités du fil sont nouées l'une à l'autre ou fixées, l'une à côté de la commissure des



lèvres, l'autre à la coiffure. Il est plus facile d'introduire le stylet dans le canal de Sténon en passant par l'orifice buccal.

Enfin, par une troisième méthode, on se propose de créer un nouvel orifice buccal au conduit de Sténon, de façon à supprimer la portion du conduit intermédiaire à l'orifice normal et à la fistule.

Deroy perçait la joue avec un fer rouge; Monro se servait d'une alène de cordonnier et laissait un cordon de soie pendant trois semaines à demeure dans le trajet.

Desault traversait la joue avec un petit trocart à hydrocèle et plaçait du côté buccal du nouveau conduit un séton attaché à un fil, qui seul traversait la fistule. Duphénix employait le bistouri, mettait une canule dans la portion interne du trajet et réunissait la plaie extérieure par la suture entortillée. Percy et Latta laissaient dans le canal qu'ils cherchaient à établir, le premier un fil de plomb, le second une corde à boyau.

Deguisse, pour être plus sûr du résultat, perçait la bouche en deux endroits à l'aide d'un petit trocart introduit par la fistule et dirigé successivement en avant et en arrière. Il passait un fil de plomb dans les deux orifices ainsi créés et en recourbait les extrémités dans la bouche. La fistule était réunie par la suture entortillée. Quand elle était fermée et que la salive passait par les ouvertures de nouvelle création, il retirait le fil de plomb.

Roux et Mirault ont remplacé le fil métallique par un fil de lin ou de soie que l'on noue dans la bouche.

Pour introduire plus facilement le fil, Béclard le faisait glisser dans la canule du trocart; il ponctionnait d'abord de la fistule dans la bouche pour faire l'orifice postérieur, passait le fil, puis ponctionnait de la bouche dans la fistule pour créer l'orifice antérieur, et introduisait dans la canule et dans la bouche le fil déjà passé dans l'ouverture postérieure. Malgaigne s'est servi, pour passer le fil, d'une aiguille fixée à chacune de ses extrémités.

Gosselin, après avoir passé un fil de fer par le procédé de Béclard, en fixa les extrémités dans un serre-nœud de de Graefe, et, serrant progressivement, divisa en trois quarts d'heure les tissus interposés entre les deux orifices. En séparant les bords deux ou trois fois par jour avec une sonde cannelée, il s'opposa à la cicatrisation de la plaie qu'il venait de produire.

Il fit d'abord la compression sur la fistule, puis en réunit les bords par la suture entrecoupée. On pourrait, avec le serre-nœud de Maisonneuve, diviser les tissus bien plus rapidement que ne l'a fait Gosselin.

Ribéri incisait verticalement la joue dans toute son épaisseur et partant le conduit de Sténon, en arrière du rétrécissement. Avec le doigt introduit dans la bouche, il repoussait en dehors les lèvres de la plaie et faisait ainsi saillir le conduit sectionné; sur le segment antérieur de ce conduit il appliquait une ligature, et le fil auquel il laissait une longueur de trois centimètres était porté dans la bouche, afin de faciliter l'arrivée de la salive. La plaie extérieure était ensuite réunie. Ce procédé est d'une exécution beaucoup plus facile que celui proposé par Langenbeck. L'un et l'autre ne sont applicables que pour les fistules situées en avant du masséter.

En somme, quand l'orifice buccal est béant, on peut essayer la compression sur la fistule (celle faite entre la plaie et la glande ou sur cette dernière exposant à produire un gonflement douloureux). La cautérisation au nitrate d'argent est aussi de mise. La dilatation du trajet entre la fistule et l'orifice interne est laissée de côté comme peu efficace. Mais la méthode d'élection est la troisième, celle qui consiste à créer un et mieux deux orifices anormaux. On pourra choisir entre les procédés de Deguisse, de Béclard et de Gosselin.

Si la fistule est au niveau du masséter, les mêmes procédés peuvent être mis en usage, à la condition de diriger le trocart d'arrière en avant pour faire les deux trajets.

Après l'opération, le malade doit, jusqu'à la cicatrisation de la fistule, éviter de parler et de prendre des aliments solides.

§ 2. **Fistules de la parotide.** — Les fistules de la glande parotide peuvent être traitées par la compression, la cautérisation et au besoin l'excision des bords de la fistule et leur réunion par la suture entortillée. On agira de même contre les fistules de la glande sous-maxillaire. L'extirpation de la glande restera comme une ressource extrême applicable aux fistules de la sous-maxillaire, mais qui ne l'est guère à celles de la parotide.

§ 3. **Tumeurs de la parotide.** — *Extirpation* — La parotide est logée dans le creux parotidien situé entre la branche de la mâchoire, le pavillon de l'oreille et l'apophyse mastoïde, et s'étendant



en avant de l'apophyse styloïde jusqu'au voisinage du pharynx que la glande n'atteint pas.

Cette loge est tapissée par une membrane fibreuse, sauf dans le point qui répond à la paroi pharyngienne du côté de laquelle la glande pénètre plus ou moins profondément.

La parotide est en rapport avec des vaisseaux et des nerfs importants; la carotide externe, qui pénètre dans la glande du côté de sa partie profonde et qui dans certains cas exceptionnels n'occupe qu'une gouttière creusée dans son épaisseur, est presque toujours complètement entourée par le tissu glandulaire.

Elle fournit dans son trajet intra-parotidien l'auriculaire postérieure et les auriculaires antérieures et se bifurque, un peu au-dessous du col du condyle, en temporale superficielle et en maxillaire interne. Les artères que je viens de signaler sont accompagnées par les veines correspondantes. Du côté externe et un peu en avant du tronc carotidien se trouve la jugulaire externe.

Des ganglions lymphatiques, les uns superficiels, les autres profonds, sont logés dans l'excavation parotidienne.

Le tronc du nerf facial et ses deux branches terminales sont enveloppés par la parotide.

Dans l'extirpation des tumeurs superficielles de cette glande, on doit se préoccuper d'éviter les branches du facial et pour cela diriger les incisions à peu près transversalement; mais si l'on a à enlever une tumeur qui ait pénétré plus profondément, il faut surtout avoir en vue l'hémorragie, et il est préférable, dans ce but, d'inciser verticalement.

Pour l'ablation des cancers parotidiens, on a préconisé la ligature préalable de la carotide primitive; celle de la carotide externe, lorsqu'elle est possible, suffirait et doit être préférée en raison des dangers moindres qui l'accompagnent. Richet repousse la ligature préventive.

On enlève ces tumeurs au moyen d'une incision longitudinale ou d'une incision cruciale, mais, pour les cancers bien avérés de la parotide, il vaut encore mieux s'abstenir. Du reste, la possibilité d'enlever en totalité une parotide cancéreuse est niée par certains chirurgiens, entre autres par Richet, tandis qu'elle est admise par Bérard, Malgaigne, Nélaton et Denonvilliers. Je n'ai pas besoin de

rappeler que dans les opérations où on retranche une portion considérable de la parotide et où l'on excise une longueur trop étendue du facial, on condamne le malade à une paralysie faciale incurable.

§ 4. **Glande sous-maxillaire.** — La glande sous-maxillaire, placée en dedans du corps de la mâchoire, repose sur les muscles milo-hyoïdien et hyo-glosse. Le nerf hypoglosse et la veine linguale la séparent de ce dernier. L'artère linguale est placée plus profondément au-dessous du muscle hyo-glosse. L'artère et la veine faciale croisent la face externe de la glande qui est en rapport avec la peau, le peaucier et le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale. Le muscle digastrique embrasse dans sa concavité la glande sous-maxillaire qu'il est facile d'enlever par une incision transversale faite à ce niveau, notamment une incision à convexité inférieure partant de la petite corne de l'os hyoïde et se dirigeant vers l'angle de la mâchoire.