

praticqué sur la dent correspondante. M. Schange préfère maintenir les crochets à l'aide d'un fil d'or triangulaire se dirigeant dans un des interstices que les molaires laissent entre elles ; ce fil tient aux crochets par deux points diamétralement opposés, et à la partie moyenne de l'anse qu'il forme est soudé un fil plat d'un centimètre de longueur environ, s'étendant entre les mamelons des deux molaires contiguës. M. Schange cite un cas remarquable où il suffit de trois dents restées seules à la mâchoire supérieure pour maintenir un vaste obturateur. Le défaut des obturateurs à plaque simple est de permettre aux malpropretés qui altèrent l'haleine de s'accumuler au-dessus de la plaque ; aussi faut-il les enlever souvent pour les nettoyer. Un autre inconvénient est le prompt ébranlement des dents servant de points d'appui.

Modification du docteur Petit. Elle consiste en ce que la plaque, au lieu d'offrir la courbure naturelle à la voûte palatine, est aplatie au centre à partir de deux millimètres environ en dehors des bords de la perforation.

Obturateur de caoutchouc vulcanisé, de M. Gariel. Petit sac ou calebasse de forme appropriée que l'on insuffle et distend après l'avoir introduit.

Nez artificiel et obturateur combinés. M. Schange a pensé que l'obturateur à crochets pourrait supporter un nez artificiel, et il a réalisé cette idée à l'occasion d'un jeune homme chez lequel la syphilis avait détruit le nez et une grande partie de la voûte palatine.

Obturateurs de M. Preterre. Cet habile dentiste a modifié et perfectionné la plupart de ces obturateurs avec un remarquable talent, et en a rendu l'usage très-élégant et très-commode.

STAPHYLOGRAPHIE.

La division congénitale du voile du palais n'est pas très-rare et offre des différences d'étendue et de complications d'une grande importance opératoire. Les cas simples sont ceux où la scissure ne dépasse pas le voile du palais, qui a conservé assez d'ampleur pour que les deux moitiés séparées de la luvette se rapprochent et se touchent pendant les mouvements de déglutition. La division occupe la ligne médiane et offre des degrés variables, depuis la bifidité de la luvette jusqu'à celle du voile en totalité. Les complications dépendent de certaines dispositions des os ou des parties molles. La division peut comprendre, comme nous l'avons dit, tout ou partie des os palatins et de la portion palatine du maxillaire supérieur. La

voûte osseuse du palais est écartée, renversée de bas en haut et de dedans en dehors, ou même n'existe plus, et les cavités de la bouche et du nez communiquent entre elles par un vaste espace libre, sans traces de cloison intermédiaire. Le voile lui-même offre quelquefois une atrophie analogue, et n'est représenté que par une sorte de bourrelet muqueux, dont le rapprochement sur la ligne médiane est véritablement impossible.

Les altérations fonctionnelles sont en rapport avec les modifications organiques. Si le voile est entièrement fendu, sans autres complications, les malades ont une certaine difficulté à avaler les aliments, surtout les liquides, qui sont souvent rejetés par le nez. La voix est sourde, nasale, et la prononciation confuse. Les personnes atteintes de cette infirmité parviennent à se faire entendre, mais elles sont incapables d'exercer aucune fonction publique et sont condamnées à une vie d'isolement. La gorge est ordinairement sèche et l'haleine n'est pas toujours sans odeur. Ces fâcheuses conséquences de la bifidité du voile s'aggravent avec les complications, et la déglutition et la parole sont de plus en plus gênées.

L'harmonie fonctionnelle de nos organes entraîne d'autres désordres matériels. Les malades, dans leurs efforts instinctifs d'occlusion des cavités naso-buccales, tendent à fermer les narines, pour augmenter la résistance de l'air pendant l'exercice de la parole, et chez les adultes on voit les ailes du nez rapprochées par l'énergie des muscles constricteurs, et il en résulte une disposition très-caractéristique de la face. Un autre inconvénient de la division du voile est l'extrême fatigue que détermine souvent la prononciation. Ce symptôme s'explique par l'intensité des efforts qu'exige la parole, et nous avons raconté l'observation d'une dame atteinte de perforation du voile, qui ne pouvait parler quelques minutes sans être épuisée, et qui supporta sans peine les plus longues conversations dès qu'elle eut été guérie.

L'histoire de la chirurgie est restée muette sur les tentatives qui ont dû être faites pour faire disparaître une aussi fâcheuse infirmité. Velpeau a tiré du *Traité sur différents objets de médecine*, par Robert, 1766, un fait de staphylographie pratiquée il y a près d'un siècle : « Un enfant avait le palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives. M. Lemonnier, très-habile dentiste, essaya avec succès de réunir les deux bords de la fente, fit d'abord plusieurs points de suture pour les tenir rapprochés, et les rafraîchit ensuite avec l'instrument tranchant. » Malgré l'insuffisance des détails, il n'est pas douteux qu'une opération n'ait été entreprise contre une difformité du voile des plus compliquées, et il serait fort surprenant qu'on ne l'eût pas répétée par timidité ou ignorance

dans d'autres cas d'une plus grande simplicité. La difficulté et le peu d'avantages que l'on obtient de ces opérations en empêchèrent probablement l'adoption.

Græfe, en 1817 (*Hufeland's Journal*), avait tenté la staphyloraphie sans succès, et ce fut Roux, en 1825, qui dota définitivement la science de cette brillante conquête, en opérant un jeune médecin, M. Stephenson, qui vint lire à l'Institut sa propre observation, et ne laissa aucun doute sur les heureux résultats de sa guérison.

Depuis ce moment la staphyloraphie a été répétée un très-grand nombre de fois, et Roux l'a exécutée sur plus de cent vingt personnes; mais nous devons avouer que les procédés en étaient restés si délicats et si pénibles que peu de chirurgiens osaient les tenter. Les revers étaient nombreux, et dans beaucoup de cas où l'intégrité du voile palatin était rétablie, la voix ne paraissait pas améliorée.

Nous entrerons dans quelques développements à ce sujet, pour mieux faire comprendre la supériorité de la méthode que nous avons proposée et qui nous a jusqu'à ce jour réussi.

Anatomie. Le voile du palais concourt à séparer la bouche des fosses nasales, et constitue entre ces deux cavités une sorte de repli membraneux dont les mouvements jouent un grand rôle dans les fonctions de la déglutition et de la parole.

On s'en ferait une idée assez juste en le représentant comme le prolongement supérieur et antérieur du pharynx ouvert en avant dans la cavité buccale et en rapport en arrière avec le tube aérien.

Le voile du palais, étendu de l'épine palatine à l'extrémité de la luette, sur la ligne médiane, offre un bord inférieur libre, disposé en arcades latérales séparées par la luette, et comme dédoublées en bas et en dehors, où elles se continuent vers la base de la langue et le pharynx, sous le nom de *piliers du voile*, antérieur et postérieur, entre lesquels se trouvent les amygdales.

Les muscles sont les organes les plus importants à étudier.

On en compte cinq de chaque côté, dont quatre sont abducteurs, trois servent aux mouvements d'élévation, et deux à ceux d'abaissement. Il ne pouvait y avoir d'adducteurs, puisque la continuité de l'organe sur la ligne médiane en eût rendu l'action impossible, et il devait en résulter, comme on l'observe, une sorte d'écartement permanent des deux moitiés du voile dans les cas de bifidité, les quatre muscles abducteurs n'ayant pas d'antagonistes.

Un seul muscle est élévateur propre, c'est le palato-staphylin, suspendu par une disposition exceptionnelle à l'épine palatine, sans

point d'attache inférieur. La bandelette verticale constituée pour ce muscle est extrêmement contractile, comme on s'en assure en émettant, la bouche ouverte devant une glace, quelques notes très-aiguës. La luette, entraînée en haut, disparaît, et les deux arcades du voile sont momentanément réunies et confondues.

L'élévateur et abducteur principal du voile est le pérystaphylin interne (péto-staphylin), dont l'insertion supérieure se fait à la base du crâne, au pourtour de la face inférieure du rocher, vers l'orifice externe du canal carotidien.

Ce muscle, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, s'offre d'abord sous la forme d'un gros faisceau de plus en plus arrondi, jusque vers le milieu de sa longueur, où il s'écarte et s'épanouit en une sorte d'éventail dans toute la hauteur du voile, en s'entre-croisant avec les fibres des autres muscles, en arrière desquels il reste placé. Cette disposition est d'une grande importance opératoire et donne lieu, comme nous le dirons, à des indications toutes spéciales.

Le péristaphylin externe (ptérygo-staphylin) s'insère particulièrement dans la fossette scaphoïdienne de l'apophyse ptérygoïde, descend verticalement le long du bord postérieur de l'aile interne de cette apophyse, et se réfléchit sur le petit crochet qui la termine, pour s'épanouir dans la partie supérieure du voile, au devant du péristaphylin interne, et s'unit au muscle opposé sur la ligne médiane, en se fixant aussi à la crête transversale qu'on remarque sur la face inférieure de la portion horizontale de l'os du palais.

Ce muscle est essentiellement tenseur de la portion supérieure du voile, qu'il contribue à fortifier et à fixer à l'os palatin, et les mouvements d'abduction qu'il produit sont beaucoup moins marqués que ceux du péristaphylin interne.

Le pharyngo-staphylin présente à considérer des fibres inférieures d'insertion ou d'émergence, dont les unes, très-fortes, se continuent avec les parois latérales du pharynx, et les autres, plus rapprochées de la ligne médiane, s'implantent sur le cartilage thyroïde et aussi sur l'épiglotte.

Parmi les fibres supérieures ou palatines, qui sont la continuation des précédentes, les unes se portent directement en haut dans l'épaisseur du voile, tandis que les autres, plus obliques et plus internes, constituent le pilier postérieur du palais, et se terminent par courbes arrondies sur les côtés de la luette en formant le bord inférieur libre du voile.

Le muscle pharyngo-staphylin est très-puissant, et c'est en l'étudiant mieux qu'on ne l'avait fait que nous nous sommes expliqué les mouvements de contact des deux moitiés latérales du voile chez