

les personnes affectées de bifidité de cet organe, et la grande difficulté de réunion de la luvette avant l'adoption de notre méthode.

Nous avons dit que les deux moitiés du voile, en cas de division simple, se rapprochent jusqu'au contact, au niveau de la base de la luvette, pendant les mouvements de déglutition, et que c'est une indication favorable pour la staphyloraphie. Cette adduction du voile dépend de la disposition anatomique des muscles palato-staphylin et pharyngo-staphylin, qui représentent une grande arcade verticale fixée en haut à l'épine palatine et en bas à l'épiglotte et au cartilage thyroïde. Lorsque le pharynx se contracte pour opérer la déglutition, les deux muscles dont nous examinons l'action tendent à se rapprocher de leurs points fixes, et les deux arcades, en devenant presque verticales, doivent mettre en contact les deux moitiés saillantes de la luvette. C'est par la raison contraire que l'abduction exercée de haut en bas et de dedans en dehors par le pharyngo-staphylin, rend la réunion de la luvette assez difficile.

M. Fergusson attribue, de son côté, le contact de la luvette pendant la déglutition au muscle constricteur supérieur du pharynx, dont nous venons de signaler le rôle dans ce résultat.

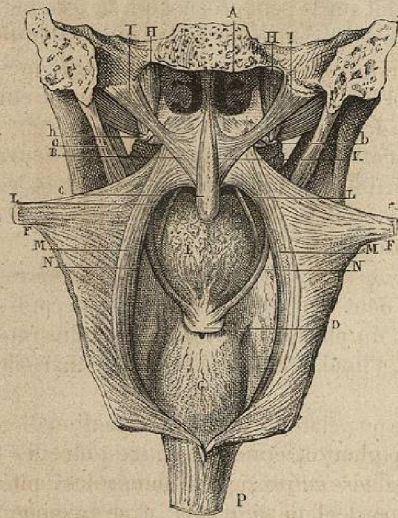


Fig. 379.

Le pharynx, fendu sur la ligne médiane, est renversé de chaque côté FF, jusqu'à l'œsophage P. On distingue de haut en bas le corps du sphénoïde A, la cloison postérieure des fosses nasales et les ou-

vertures de ces cavités. Le muscle palato-staphylin *c*; le péri-staphylin externe HH réfléchi sur le crochet de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde *b b*. Le péri-staphylin interne II B. L'apophyse styloïde et les muscles styloïdiens. Le pharyngo-staphylin avec ses insertions pharyngiennes M M et épiglottiques N N. Le glosso-staphylin L L. Au-dessous du palato-staphylin on voit l'ouverture de l'arrière-bouche, la langue E, l'épiglotte D, et enfin l'œsophage encore intact P.

vertures de ces cavités. Le muscle palato-staphylin *c*; le péri-staphylin externe HH réfléchi sur le crochet de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde *b b*. Le péri-staphylin interne II B. L'apophyse styloïde et les muscles styloïdiens. Le pharyngo-staphylin avec ses insertions pharyngiennes M M et épiglottiques N N. Le glosso-staphylin L L. Au-dessous du palato-staphylin on voit l'ouverture de l'arrière-bouche, la langue E, l'épiglotte D, et enfin l'œsophage encore intact P.

Les muscles du palais sont très-superficiels en arrière du voile, où ils sont immédiatement recouverts par la membrane muqueuse, tandis qu'en avant ils sont éloignés de cette membrane par une couche de follicules muqueux de plus d'un centimètre d'épaisseur.

Une autre planche (fig. 380) permet d'étudier les ramifications vasculaires du voile palatin. On a conservé l'insertion basilaire A du pharynx resté intact en arrière. Les muscles péristaphylins externe B et interne C, le ptérygoïdien interne, et la section verticale de la branche de la mâchoire forment les principaux points de repère de ce dessin.

La carotide primitive F, partagée G, en interne et externe, fournit ordinairement par cette dernière branche (ici c'est par la faciale) la palatine ascendante ou inférieure, qui monte verticalement le long de la paroi latérale du pharynx. Cette artère I, arrivée au niveau du point où les deux muscles péristaphylins interne C et externe B touchent le voile du palais, traverse l'épaisseur de la paroi pharyngienne, s'engage entre les deux muscles précédents, et se divise en plusieurs ramuscules dont quelques-uns, très-petits, se perdent dans le voile. Une branche un peu plus volumineuse se rend dans le péristaphylin externe, et une dernière plus longue, véritable terminaison du tronc primitif, suit un trajet fort remarquable par rapport à l'opération de la staphyloraphie. En effet, cette branche se recourbe d'avant en arrière vers le tiers supérieur du péristaphylin interne, dont elle longe le

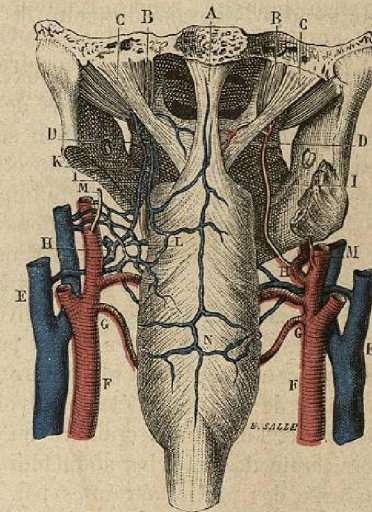


Fig. 380.

bord interne, et achève de se distribuer dans l'épaisseur du voile jusqu'auprès de la luette. D'autres ramuscules moins importants proviennent de la maxillaire interne. La pharyngienne ascendante M M ne fournit pas de branches au voile du palais. Les veines K, qui accompagnent la palatine inférieure, s'ouvrent dans le plexus latéral du pharynx L et communiquent avec le plexus pharyngien moyen N.

*Indications opératoires.* Les principales conditions du succès de la réunion immédiate sont : la vitalité, l'immobilité et la laxité des surfaces traumatiques mises en contact. L'immobilité s'obtient par la suture ; mais personne n'ignore la rapidité avec laquelle les fils coupent par inflammation ulcérateuse les tissus étranglés dont la circulation est gênée ou interrompue. On sait aussi que les adhérences produites entre les lèvres d'une plaie cèdent et se déchirent par toute traction qui en dépasse la résistance, et l'on peut dès lors comprendre l'extrême difficulté de rétablir la continuité du voile palatin affecté de bifidité.

Les obstacles sont tels que Roux, dont l'habileté et l'expérience à cet égard ne comportaient pas de rivalité, a posé la règle de ne pas opérer les malades avant leur seizième année, afin qu'on pût compter sur une docilité parfaite et une puissante volonté. Si l'on réfléchit aux mouvements qu'impriment aux muscles palatins l'exercice de la voix et les fonctions de la déglutition, on comprendra la nécessité de maintenir, pendant trois ou quatre jours, le voile immobile, et Roux défendait à ses opérés de parler et d'avaler quoi que ce soit, même leur salive. Malgré l'extrême rigueur de ces précautions, le succès n'était pas assuré. Un accès de toux, un éternuement, pouvaient le compromettre. Des mouvements involontaires de déglutition étaient capables de produire un effet semblable, et l'on devait craindre en outre l'action spasmodique ou persistante des muscles abducteurs, déterminant la section prématurée des parties étreintes par les sutures, ou la rupture des adhérences et la réapparition de la bifidité après que les fils servant à la réunion ont été enlevés.

Les malades ne veulent être débarrassés de leur infirmité qu'en raison des imperfections fonctionnelles dont ils souffrent, et leur plus grand désir est de pouvoir parler distinctement. C'est un résultat auquel on arrive moins communément qu'on ne le suppose, et il ne suffit pas, pour l'obtenir, de reconstituer les formes normales du voile, il faut le faire à un âge où les modifications de la prononciation sont encore possibles. Les enfants apprennent les langues étrangères avec une merveilleuse facilité, et les parlent, comme on dit, sans accent. Il est rare qu'à un âge plus avancé on

atteigne la même perfection, et il est des sons qu'on n'est plus apte à entendre ni à répéter. Les personnes opérées de la staphylographie après la première jeunesse sont dans ce cas. Elles n'ont jamais su parler la langue dans laquelle elles s'expriment, et elles doivent se livrer à un travail très-long et très-pénible pour réparer ce défaut ; tandis qu'opérées jeunes elles y parviendront avec la même facilité qu'elles apprendraient une langue étrangère. Ces remarques n'avaient pas été faites avant nous, et on en a tiré, M. Preterre entre autres, un parti très-avantageux.

Il fallait pratiquer la staphylographie assez tôt pour que la souplesse des organes en rendît le bénéfice plus complet, et pour prévenir les modifications synergiques fâcheuses qu'entraîne nécessairement une difformité persistante pendant toute la période de l'accroissement. Tel est le résultat auquel nous sommes parvenu.

Guidé par nos principes généraux relatifs à l'étranglement, nous avons pensé qu'il convenait de relâcher et d'immobiliser le voile par la section des muscles qui s'y distribuent, et n'ayant plus à redouter les mouvements de déglutition, nous avons pu opérer nos malades à un âge moins avancé, et quoique nous leur ayons toujours permis de prendre des boissons et des aliments, et de parler, sans crainte d'accidents, nous n'avons plus observé de revers. La division des piliers antérieur et postérieur annihile la contraction des muscles glosso et pharyngo-staphylins, et donne momentanément au voile du palais moins de hauteur et plus d'épaisseur ; et la section du muscle péristasphylin interne prévient entièrement l'élévation et en majeure partie l'abduction du même organe, dont le relâchement complet rend la réunion immédiate facile et persistante après l'enlèvement des points de suture. Nous avons également adopté certains perfectionnements dans le mécanisme instrumental, et l'on verra que toute ressource curative ne serait pas perdue

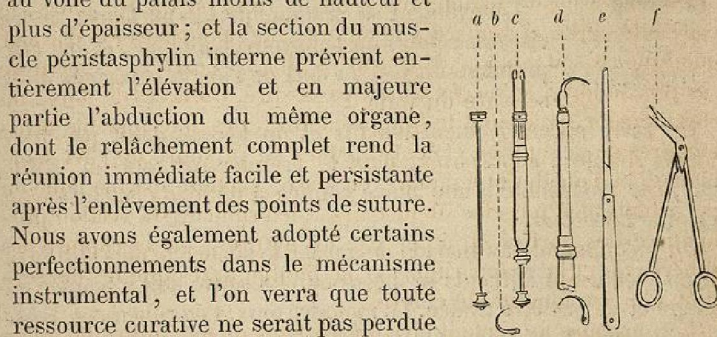


Fig. 331.

lors même que les deux moitiés du voile auraient été en partie atrophiées et paraîtraient au premier abord trop étroites pour être rapprochées et mises en contact.

Nous admettons deux méthodes opératoires, l'une comprenant les procédés ordinaires de la staphylographie, l'autre ceux dans lesquels on a cherché, par des incisions auxiliaires, à rendre les résultats de l'opération plus assurés.