

PREMIÈRE MÉTHODE. *Procédé de Roux*. L'appareil instrumental se compose de six petites aiguilles courbes *b*, d'un porte-aiguille ordinaire *a c d*, formé de deux branches rapprochées par un anneau mobile, de pinces à anneaux, d'un bistouri boutoné à lame très-étroite *e*, de ciseaux coudés à angle obtus *f*, et enfin de sutures formées de plusieurs fils réunis et cirés. Le bout de chacune de ces sutures est passé dans une des aiguilles dont la courbure est très-marquée.

Le malade assis et la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, l'opérateur porte une des aiguilles engagée dans le porte-aiguille en arrière du voile, qu'il transperce à 0<sup>m</sup>,006 du bord de la division, en commençant par la partie inférieure. Aussitôt que la pointe de l'aiguille apparaît à la face antérieure du voile, on la saisit avec les pinces à anneaux, on ouvre le porte-aiguille pour la dégager, et on l'amène au dehors de la bouche avec le fil qu'elle entraîne. On agit de la même manière du côté opposé, et les extrémités se trouvent ainsi libres en avant, pendant que leur plein est transversalement en arrière. On répète la même manœuvre pour le fil supérieur et ensuite pour le fil moyen, et il ne reste plus qu'à procéder à l'avivement des deux moitiés du voile et à fixer les sutures.

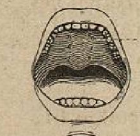
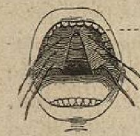


Fig. 382.

L'avivement se pratique de bas en haut avec les ciseaux coudés ou le bistouri boutoné, et doit être prolongé un peu au delà de l'angle supérieur de la scissure du voile.

On serre successivement les fils et on les assujettit par deux nœuds simples, superposés, dont le premier est soutenu, s'il le faut, par l'extrémité d'une pince confiée à un aide pendant qu'on termine le second.

On recommande au malade de garder le silence le plus absolu et de ne prendre ni aliments ni boissons. La salive doit s'écouler au dehors et ne pas être avalée. La moindre toux, l'éternuement, compromettraient la réunion. On ôte une ou deux des ligatures supérieures du troisième au quatrième jour, et la dernière un ou deux jours plus tard. La consolidation est alors achevée.

Malgré les succès de ce procédé, on ne saurait en méconnaître les graves imperfections.

Le placement des fils est long, difficile et généralement défec-tueux. L'opérateur agit sur un voile mobile, que le moindre contact fait contracter, et il est obligé d'implanter l'aiguille sur une

partie qu'il ne voit pas. Il en résulte que les points de suture ne sont pas toujours appliqués à une égale distance des bords de la division ni au même niveau.

La présence des fils rend l'avivement beaucoup plus difficile, parce qu'il faut éviter de les couper ou les réintroduire, et recommencer en partie l'opération, si l'on n'a pas su les ménager.

Très-souvent les tissus compris dans le point de suture sont ulcérés et divisés avant que la réunion ait acquis une résistance suffisante, ou celle-ci, qui paraissait achevée, se déchire peu de temps après l'enlèvement des fils.

Les malades enfin sont soumis aux précautions les plus pénibles, et Roux a vu deux ou trois de ses opérés succomber.

*Procédé de A. Bérard*. Un premier fil est conduit d'avant en arrière au travers du voile et ramené par la bouche. Un autre fil double, formant anse, transperce de la même manière le côté opposé du voile; on engage dans l'anse restée libre le premier fil, et on l'entraîne d'arrière en avant.

Bérard évitait ainsi l'inconvénient de percer le voile d'arrière en avant, et au moyen du fil double, dont l'anse servait de conducteur, il ramenait d'arrière en avant le fil simple, qui restait seul, en définitive, dans la plaie.

*Procédé de M. Smith*. L'aiguille dont se sert ce chirurgien est fixée sur un manche et d'une courbure de 0<sup>m</sup>,012 de rayon. La lame, plus large en avant qu'en arrière, porte à 0<sup>m</sup>,009 de la pointe une échancrure dans laquelle est placé le fil.

On perce le voile d'arrière en avant, et dès qu'on aperçoit le fil, on le saisit avec des pinces, et on le tire à soi pendant qu'on dégage l'aiguille.

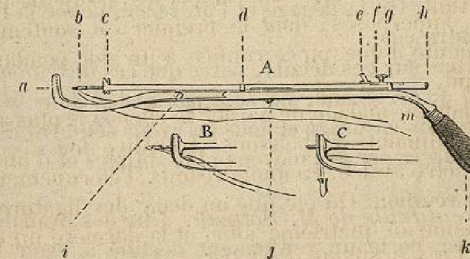


Fig. 383.

Ce procédé est simple et très-facile, mais il a les inconvénients de celui de Roux.

*Porte-aiguille de M. Foraytier*. Il consiste dans une première tige *A*, terminée d'un côté par le manche *k*, et de l'autre par une

extrémité recourbée *a*, percée d'une ouverture pour le passage de l'aiguille *b*. Une autre tige mobile *d h* est disposée de manière à pouvoir glisser sur la première et à recevoir par un engrenage *c* le talon de l'aiguille *b*. Voici la manière de placer la ligature : l'extrémité *a* est engagée derrière le voile du palais, dans le point où doit correspondre la suture. On pousse la tige *d h*, qui force l'aiguille *b* à traverser le voile et à pénétrer dans la fenêtre *a*, d'où on la retire avec la ligature après avoir dégagé le voile en tirant à soi la tige *d h*, terminée par la virole *c*.

La figure B montre le moment où l'aiguille vient de traverser le voile du palais, et la figure C, le temps suivant où l'aiguille est tombée en arrière du voile, par le retrait de la tige *d h*.

Cet instrument est fort ingénieux, mais il est compliqué. On ne voit pas bien le point où l'on engage l'aiguille. L'anse de la ligature répond en avant, et il faut la reporter en arrière, soit par le procédé d'A. Bérard, soit en faisant un nœud aux extrémités du fil et en le ramenant d'arrière en avant au travers de l'une des petites plaies faites par l'aiguille.

*Instrument de M. de Pierris.* Il diffère du précédent en ce qu'il résout un problème en apparence fort difficile, celui de piquer le voile d'avant en arrière, et d'amener la ligature d'arrière en avant. Voici comment M. de Pierris y est parvenu. Un petit dé mobile existe sur la tige *a* (je me sers de la figure précédente pour faciliter l'intelligence d'une description nécessairement très-succincte); on place sur ce dé le plein de la ligature. L'aiguille est pointue et échan-crée supérieurement. On la pousse au travers du voile *b*, où elle rencontre le dé mobile, qu'elle repousse en arrière; la ligature tombe alors dans l'échancrure de l'aiguille et est aussitôt ramenée d'arrière en avant. On la dégage et l'on recommence la même manœuvre de l'autre côté.

Je n'insiste pas sur ces détails, parce que ces instruments, quelque ingénieux qu'ils soient, ne sont pas restés dans la pratique. Nous les avons mis en usage et nous les avons définitivement abandonnés et remplacés par des moyens plus simples et d'une application plus facile.

*Pince porte-aiguille de M. Sotteau.* Une des branches terminales de la pince porte un renflement destiné à loger l'aiguille; l'autre est percée en bec d'oiseau. Le voile du palais est saisi entre les deux mors de la pince et traversé en même temps par l'aiguille, que l'on tire en avant avec la ligature pour recommencer du côté opposé.

Nous ne parlerons pas d'une foule d'autres modifications proposées, soit pour le passage des fils, soit pour l'avivement, soit pour

l'application des sutures. Nous en avons signalé les plus importantes et nous compléterons ce sujet en décrivant notre procédé.

On réunit avec peine les deux extrémités de la luette. La membrane muqueuse se porte en arrière après l'avivement, se tuméfie, se coupe rapidement, et si la base de l'organe se reforme assez aisément, la pointe en reste souvent bifide. M. Nélaton a conseillé de recourir au lambeau d'avivement renversé en V, de Clénot. (Voy. *Bec-de-lièvre*.)

*DEUXIÈME MÉTHODE. Relâchement du voile par des incisions auxiliaires. Procédé de Dieffenbach. Incisions latérales.* Ce chirurgien, dans le but de faciliter le rapprochement des parties, pratiquait une incision longitudinale à 0<sup>m</sup>,008 en dehors et de chaque côté des bords de la fente anormale du voile. Il se servait d'aiguilles semblables à de petites lardoires et d'un fil de plomb pour les sutures. Pancoarst (de Philadelphie) agissait de la même manière au moyen du couteau à cataracte de Wentzel. Liston recommandait des incisions latérales à travers la surface antérieure du voile, pour faciliter la réunion et éviter l'ulcération des sutures.

*Procédé de M. Mittaner (de Virginie). Incisions multiples.* Quatre incisions demi-circulaires à convexité externe (fig. 384), de 0<sup>m</sup>,012 de longueur, étaient pratiquées de chaque côté du voile pour en anéantir la flaccidité et une consolidation plus assurée.

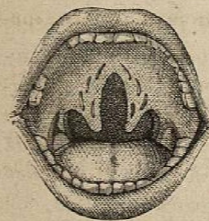


Fig. 384.

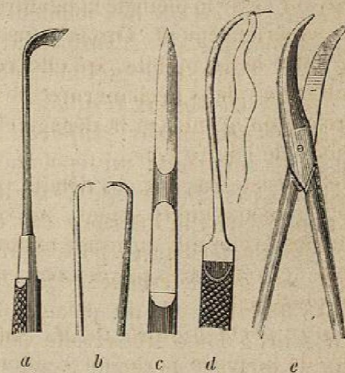


Fig. 385.

*Procédé de J. M. Warren. Section du pilier antérieur.* Ce chirurgien affirme qu'il a toujours réussi en divisant le pilier antérieur et en le séparant de l'amygdale et du pilier postérieur. Quelques journaux, en signalant le procédé de M. Warren, ont indiqué