

la section du pilier postérieur au lieu de l'anérieur, et je suis disposé à croire que tel est le procédé du chirurgien américain.

Procédé de Fergusson. Division des muscles en arrière du voile. L'habile professeur du King's College a imaginé et heureusement appliqué un remarquable procédé de staphyloraphie, basé sur des indications anatomiques très-rationnelles (fig. 385). On porte en arrière du voile un petit couteau *a*, coudé sur le plat, obliquement tronqué au sommet, tranchant sur un des bords, et l'on pratique d'arrière en avant, de haut en bas et de chaque côté, une incision profonde, destinée à intéresser les péristaphylins interne et externe et le pharyngo-staphylin. L'opérateur juge que la section des muscles est achevée lorsque le voile ne se rétracte plus. Il pratique l'avivement au moyen de pinces-érignes *b*, et d'un bistouri à double tranchant *c*, ou de ciseaux courbes *e*; procède au placement des fils d'arrière en avant avec un porte-aiguille ordinaire *d*, et les noue avec les doigts.

Les muscles, très-superficiels postérieurement, où ils sont seulement recouverts par la membrane muqueuse, doivent être atteints et coupés sans qu'on entame la face antérieure du voile. C'est un avantage, mais il faut porter l'instrument tranchant sur des parties que l'on ne voit pas. Tous les chirurgiens n'auraient peut-être pas assez de dextérité pour conduire le couteau dans une direction et à une profondeur déterminées; s'il survenait une hémorrhagie, il serait fort difficile d'y remédier. Malgré ces inconvénients, le procédé de M. Fergusson est un des meilleurs qui aient été proposés; je l'ai vu pratiquer par ce chirurgien avec une grande prestesse, et le docteur J. Avery, de regrettable mémoire, y a eu recours plusieurs fois avec de très-beaux résultats.

Procédé de l'auteur. Appareil instrumental. Les instruments dont je me sers sont: un ténotome, dont la lame pointue et tranchante n'a pas plus de 0^m,015 de longueur et peut atteindre et couper le péristaphylin interne; des ciseaux droits, pour la section des piliers antérieur et postérieur; de petites pinces de Museux très-fines à double crochet *f* (fig. 386), servant à saisir et à tendre le bord libre du voile du palais; de minces ciseaux coudés *e*, ou un bistouri à lame très-étroite pour l'avivement de la plaie; un porte-aiguille, légèrement courbe *a*, dont l'extrémité, barrée à 0^m,015 de la pointe, ne saurait pénétrer au delà d'une profondeur déterminée; des aiguilles *b*, de 0^m,005 de longueur, sur 0^m,002 de largeur, composées d'une partie antérieure triangulaire et percée d'une fenêtre pour le passage du fil, et d'une autre partie plus courte, arrondie et creuse, destinée à s'emboîter sur l'extrémité du porte-aiguille; des tiges d'acier plat *c d*, soutenues d'un côté par

un manche, et dont l'autre extrémité, plus ou moins haute, présente un anneau garni d'une lame de caoutchouc, et est coudée à angle droit: cette portion de l'instrument, placée en arrière du voile, sert de point d'appui et se laisse traverser par les aiguilles,

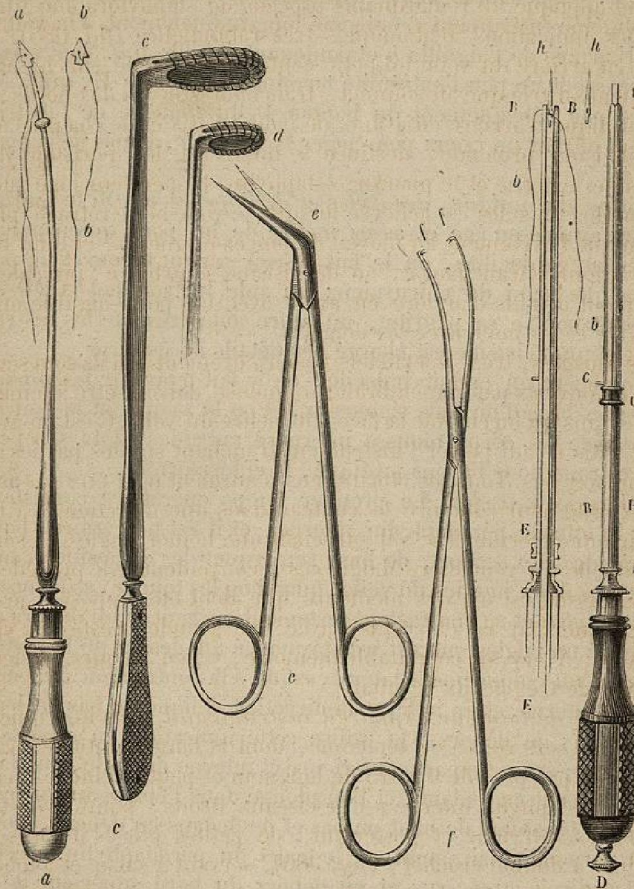


Fig. 386.

qui marchent facilement d'avant en arrière, mais ne peuvent revenir d'arrière en avant, en raison de la petite saillie qu'en offre la base de chaque côté de la tige; enfin des fils de soie cirés et deux pinces ordinaires à ligature pour serrer les nœuds.

Tel est notre appareil instrumental, auquel nous avons ajouté un porte-aiguille et une aiguille spéciale pour la suture de la luette. Le porte-aiguille est composé de deux valves B B fixées au manche A,

creusées d'un canal central et maintenues réunies par un anneau C, dont le mouvement est limité par la petite saillie c. Une tige centrale EE les traverse et présente en haut une petite cavité de 0^m,002 de profondeur pour recevoir l'aiguille h, et en bas un bouton mobile D. On peut très-bien comprendre ces dispositions en regardant le même instrument représenté longitudinalement. On voit la tige EE armée de l'aiguille h et soutenant les fils b b. Les valves E E dépassent un peu l'extrémité terminale de la tige E, qui a été abaissée par l'éloignement du bouton D du manche de l'instrument, et offrent un creux pour loger l'aiguille h, armée de la ligature b b.

Position du malade, des aides et de l'opérateur. Si le malade est assez avancé en âge et assez maître de lui pour qu'on puisse compter sur sa docilité, on le fait asseoir sur un tabouret un peu plus bas que celui du chirurgien; un aide lui soutient la tête en l'appuyant contre sa poitrine, un autre aide présente les instruments, et un troisième est chargé des détails accessoires.

Si l'on opère un enfant indocile, on le fait tenir sur les genoux et entre les bras d'un aide vigoureux, et on le maintient la bouche ouverte avec un corps mousse interposé entre les dents. On peut aussi, comme nous l'avons pratiqué, le chloroformer.

Section des muscles. Le premier temps opératoire consiste à diviser le muscle péristaphylin interne, et il est nécessaire, pour le succès de cette section, de bien remarquer les dispositions suivantes. Les deux moitiés du voile, quand on les touche, se froncent de chaque côté et se contractent fortement en haut et en dehors en produisant un angle rentrant très-prononcé au-dessus de la luette. Cet angle, ou enfoncement latéral, est dû à la contraction du péristaphylin interne, et en indique la direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors. On utilise cette indication en saisissant avec la pince-érigne la partie inférieure et interne du voile, que l'on dirige en bas et en dedans, et l'on plonge dans l'épaisseur du voile la lame du ténotome de haut en bas et de dedans en dehors, pour tomber perpendiculairement sur le trajet du péristaphylin. C'est à 0^m,010 environ au-dessus et en dehors du bord supérieur de la luette que le ténotome doit être enfoncé, un peu en arrière et en dedans de la dernière grosse molaire supérieure. La plaie pourra être d'autant plus petite que l'on tombera plus exactement sur la portion la plus étroite du muscle, tandis qu'il faudrait prolonger beaucoup l'incision de haut en bas, si on l'exécutait trop en dedans, par la raison que le péristaphylin se développe dans ce sens en éventail et occupe toute la hauteur du voile sur la ligne médiane.

La lame du ténotome, étant plus longue que le voile n'est épais,

ne doit pas entièrement disparaître aux yeux de l'opérateur. C'est un moyen de repère certain pour ne pas blesser les parties situées plus profondément.

Une incision de moins d'un centimètre d'étendue suffit à la section complète du muscle, si l'on en a atteint le milieu; autrement on se guide sur la persistance des contractions musculaires, et l'on prolonge davantage en haut ou en bas l'action de l'instrument. Dès que le muscle est divisé, le voile se rapproche de la ligne médiane et présente supérieurement un angle plus aigu, comme on en peut juger d'après les figures 387, 388, qui ont été dessinées d'après nature, et montrent les différences de position et de forme des deux moitiés bifides du voile, avant et après la section des muscles de cet organe. Un confrère devant lequel j'avais simulé la section du

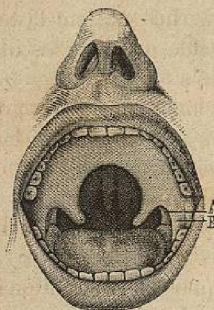


Fig. 387.

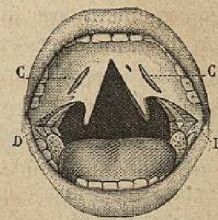


Fig. 388.

péristaphylin interne a écrit que j'étais exposé à ne pas atteindre ce muscle, parce qu'il l'avait trouvé plus ou moins intact sur la pièce anatomique qui avait servi à l'opération. Un peu de réflexion lui eût fait comprendre l'insignifiance de cette objection. Les muscles se divisent moins facilement sur le cadavre que pendant la vie, et la position du péristaphylin interne n'est pas la même sur un voile intact ou sur un voile du palais bifide. La contraction, ce critérium essentiel du succès de la manœuvre, manque dans les exercices d'amphithéâtre, tandis qu'il conduit à la certitude sur l'homme vivant. Il nous est arrivé, dans nos opérations de staphyloraphie, de ne pas avoir intéressé du premier coup la totalité du péristaphylin, et rien n'était plus facile à reconnaître par la persistance des mouvements du voile, et il suffisait de reporter le ténotome dans la plaie et d'agrandir l'incision du côté où la rétraction de l'organe était le plus marquée, pour les faire bientôt entièrement cesser.