

Je puis affirmer qu'aucun chirurgien ne conserva le moindre doute à cet égard, après avoir vu faire ou avoir pratiqué lui-même cette partie de l'opération, qui est aussi rapide que facile.

Lorsque la plaie produite par le ténotome est étroite et ne dépasse pas 0<sup>m</sup>,010, elle ne forme pas d'ouverture béante au travers du voile. Les lèvres de cette solution de continuité se renversent en dehors, les follicules muqueux suivent le même mouvement, et la plaie se trouve immédiatement comblée. C'est le cas le plus ordinaire. Si le chirurgien s'est rapproché du bord interne du voile et a été obligé d'exécuter une incision plus étendue, il peut arriver que la plaie devienne béante au moment de la striction des sutures. Cette circonstance n'offre aucun danger. Le gonflement des parties détermine promptement l'occlusion de cette boutonnière, et la continuité du voile se rétablit.

Dès que les muscles péristaphylins internes ont été divisés, on procède à la section des piliers. On saisit d'abord le milieu de l'antérieur avec la pince-érigne, on le tire directement en dedans et on le coupe largement avec des ciseaux, en prolongeant en dehors l'incision de la membrane muqueuse jusqu'au milieu de l'intervalle des deux dernières molaires supérieure et inférieure.

Le pilier postérieur se coupe plus bas et de la même manière. Il ne faut pas craindre d'en comprendre entre les mors de la pince une trop grande épaisseur. Le muscle pharyngo-staphylin est très-volumineux, et on le soulève en dedans, pour mieux l'offrir à l'action des ciseaux.

L'effet de ces sections est sur-le-champ très-remarquable, et sur quelques-uns de nos malades, les deux moitiés du voile, dont l'écartement était auparavant considérable, se trouvaient spontanément rapprochées et presque ramenées au contact.

L'écoulement du sang est généralement peu marqué, et quelques expuitions suffisent pour en débarrasser le malade, qui se repose et se gargarise à la suite de chaque section musculaire.

*Avivement.* Chaque côté du voile est saisi de bas en haut, avec les mors de notre petite pince de Museux, et l'on en détache un léger lambeau d'un millimètre à peine d'épaisseur, avec le soin de prolonger l'avivement au delà de l'angle supérieur de la scissure. Il n'est pas sans intérêt d'insister un moment sur une particularité qui paraît être restée inaperçue. La muqueuse est très-peu adhérente aux bords de la fente anormale du voile, et dès qu'on en a excisé une bandelette très-mince, la membrane se rétracte de chaque côté et laisse une surface saignante, propre à la réunion et infiniment plus large que la perte de substance. C'est à ce point qu'on pourrait quelquefois se borner à inciser la muqueuse, et ce serait

particulièrement applicable à la luette, qui joue très-lâchement dans l'espèce de fourreau muqueux dont elle est entourée, et qui s'en montre presque totalement dépouillée si l'on n'en a pas assez ménagé l'excision dans l'avivement. La surface traumatique doit présenter un diamètre transversal d'environ 0<sup>m</sup>,003, largeur nécessaire au succès de la réunion, et si la plaie était restée trop étroite, on en étendrait la surface par un nouvel avivement. Les dents de notre pince sont tellement fines, qu'elles mordent aisément sur le voile et permettent d'en enlever des parcelles de moins d'un millimètre, si on le juge convenable.

Ces premières manœuvres constituent la partie la plus importante, la plus délicate et la plus longue de la staphyloraphie, dont les autres temps s'achèvent avec beaucoup plus de rapidité.

*Application des sutures.* L'opérateur abaisse la langue avec la tige plate de l'instrument *b* (fig. 389), dont la fenêtre terminale *a*, garnie de caoutchouc, est placée en arrière de la portion du voile

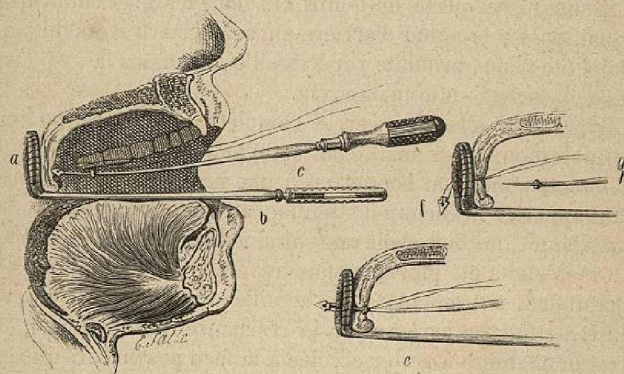


Fig. 389.

où doit se mettre la suture. De la main droite pour le côté gauche du voile, et *vice versa*, à moins qu'on ne soit pas ambidextre, cas où l'on ne change pas de main, on saisit le porte-aiguille tout armé *c*, c'est-à-dire engagé dans la petite aiguille triangulaire *f*, que la tension des fils pressés contre la tige de l'instrument empêche de vaciller, et on l'implante avec la plus facile précision à cinq ou six millimètres en dehors du bord avivé du voile, à sa partie supérieure. On s'assure que la rondelle de caoutchouc qui sert d'appui correspond bien à ce point, et en poussant l'aiguille, on perce le voile. Un bruit sec, le sentiment d'une résistance vaincue, et la profondeur à laquelle on a porté l'instrument, dont on reste juge

par la petite tige transversale que nous avons signalée, révèlent clairement le succès de cette manœuvre. On retire à soi le porte-aiguille *c*, en abandonnant les chefs de la suture, et l'on fait décrire à la rondelle de caoutchouc un mouvement de haut en bas, puis d'arrière en avant, pour l'amener hors de la bouche avec l'aiguille et le fil qui s'y trouve suspendu *f* (fig. 389).

Il suffit alors de détacher le fil de l'aiguille, qui est remise à un aide, et l'on répète la même opération de l'autre côté du voile, au moyen d'une nouvelle aiguille dans laquelle a été passée l'extrémité opposée du fil.

Le peu de volume du porte-aiguille et la perforation du voile d'avant en arrière permettent d'apercevoir nettement le point où l'on dirige l'instrument, et l'on réussit ainsi à placer les fils à une égale distance des bords du voile et à un même niveau. Le seul reproche que l'on puisse adresser à ce mode d'application de la suture, est la disposition de l'anse du fil, qui est située en avant du voile, pendant que les chefs sont en arrière et doivent être ramenés en avant. Il y a là une légère perte de temps. On noue les deux bouts du fil, et l'on fait passer le nœud d'arrière en avant au travers du voile, dont la petite plaie, produite par l'aiguille, est assez large pour ne pas faire obstacle à cette manœuvre.

Le fil présente alors un cercle complet, que l'on relève sur le front, en le donnant à maintenir à un aide, à moins qu'on ne le fixe momentanément au bonnet ou à une bandelette de diachylon.

Il faut apporter beaucoup d'attention au bon état de la rondelle de caoutchouc, qui doit avoir une certaine épaisseur, et être renouvelée lorsqu'elle a été plusieurs fois traversée par l'aiguille. Il serait à craindre, autrement, que l'aiguille, tirée d'arrière en avant par le fil, ne fût pas arrêtée par la résistance du caoutchouc et le traversât de manière à rester accolée à la face postérieure du voile. Cet accident nous est arrivé et n'a pas été sans nous causer quelques embarras.

On peut essayer de la saisir derrière le voile avec une pince recourbée ou un crochet. En cas d'impossibilité, on tire les fils à soi et l'aiguille peut suivre, mais il ne faudrait pas y compter, en raison de la largeur de sa base. Dans ces circonstances, on enlève le fil, en laissant l'aiguille dans la plaie. Chez un de nos malades on la retrouva quelques mois plus tard dans un petit abcès ouvert à la surface du voile. Chez un autre, que nous observâmes pendant plusieurs années, nous ne constatâmes aucun accident.

On place de la même manière deux autres points de suture supérieurs, puis on s'occupe d'en appliquer un dernier à la luette. L'instrument spécial que nous avons décrit pour remplir ce but

(fig. 388) permet de piquer avec l'aiguille la muqueuse et les parties subjacentes, et si la luette était très-longue et pendante, rien ne serait plus aisé que d'y poser deux fils. On réunit les deux moitiés de cet organe, et, si l'extrémité inférieure en reste ou légèrement bifide ou un peu inégale, on y remédie après la consolidation par une excision partielle.

On reprend ensuite et successivement les fils, et on les assujettit par un double nœud, dont la striction doit maintenir en contact les deux surfaces avivées. Cette partie de la manœuvre opératoire présente quelques difficultés dont il est important d'être averti. On coupe le nœud provisoire, qui a servi à fixer les deux extrémités du fil; on en saisit un des bouts, on y fait un nœud simple, l'on y engage l'autre, en tirant à soi et avec précaution les deux chefs au moyen de pinces à ligature ordinaires, on amène le nœud sur le voile et on le serre au point convenable. Le nœud simple n'a pas assez de solidité et se desserre avant qu'on ait achevé le second. Deux nœuds simples superposés peuvent encore glisser et se relâcher. Le nœud du chirurgien n'est pas plus sûr, et celui que nous venons de décrire et que nous avons emprunté à Fergusson nous a toujours paru d'une grande supériorité. On le complète par un second nœud simple, serré comme le premier à l'aide de deux pinces. En agissant ainsi, le chirurgien voit très-nettement ce qu'il fait et fatigue moins le malade qu'en portant ses doigts dans la bouche pour nouer les fils. On place alternativement les nœuds à droite et à gauche, et l'on en coupe les bouts à 0<sup>m</sup>,004 des nœuds (fig. 390). L'opération achevée, le malade se gargarise, boit avec plus de facilité et on peut l'engager à parler, pour juger des changements survenus dans sa prononciation. Si l'on a opéré une personne atteinte de bifidité congénitale, la parole est nasonnée; mais si le voile a été détruit ou divisé à un âge où la prononciation était régulière, on constate le rétablissement normal de la voix, comme nous en avons fait la remarque.

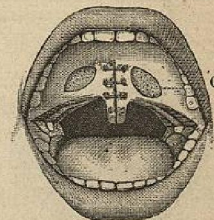


Fig. 390.

*Renouvellement des sutures.* Personne jusqu'à ce jour n'avait songé à la possibilité de renouveler les points de suture, dans le cas où les premiers menaceraient de couper le voile par ulcération, ou seraient devenus trop lâches avant une suffisante consolidation de la plaie. C'est un moyen que nous avons employé et dont l'application en certaines circonstances exceptionnelles est une ressource précieuse. Nous avons fait construire des tiges à fenêtre garnie de caoutchouc, de 0<sup>m</sup>,035 de hauteur sur