

0^m,018 de largeur, dont les dimensions, bonnes chez l'adulte, seraient trop considérables pour des enfants.

Si l'on s'aperçoit qu'une des sutures coupe les tissus ou est relâchée, et qu'on juge nécessaire de la remplacer, on porte derrière le voile le staphylostat, et l'on s'en sert pour placer un point de suture sur une partie intacte et résistante de l'organe dans un des espaces intermédiaires aux premières sutures. Dès que le nouveau fil a été noué, le voile se trouve solidement réuni pour deux ou trois jours, et la consolidation en devient plus assurée. Il est prudent de ne retirer les anciens fils qu'après avoir posé les nouveaux, afin de ne pas s'exposer à ébranler les adhérences déjà formées.

Nous avons eu quelquefois recours à ces sutures supplémentaires, mais notre méthode de staphylographie en dispense habituellement, et c'était un excès de précaution. Le procédé mérite néanmoins d'être connu et conservé, pour être employé en cas opportun.

Enlèvement des sutures. On pourrait retirer toutes les sutures le troisième ou le quatrième jour. Cependant on commence ordinairement par enlever celle qui occupe le milieu du voile. On détache le lendemain ou le surlendemain les autres fils, en les attirant légèrement à soi avec l'extrémité d'une pince, et les coupant sur un des côtés du nœud avec des ciseaux. Si l'on juge la réunion en bonne voie, on enlève une suture au bout de vingt-quatre heures, une seconde le deuxième jour, et les dernières le troisième ou le quatrième. La cicatrice reste solide et se maintient lorsqu'on a prévenu la tension du voile par l'incision de ses muscles abducteurs.

Disposition des plaies latérales du voile et des piliers. Les plaies du voile se présentent, comme nous l'avons indiqué, dans deux conditions. Elles sont étroites et immédiatement remplies par le renversement d'arrière en avant des bords de la plaie, ou elles restent béantes et se comblent deux ou trois jours plus tard, par l'effet de la tuméfaction inflammatoire des parties (*fig. 390*). Nous avons toujours vu la cicatrisation s'achever régulièrement, et à peine avons-nous dû toucher quelquefois avec le crayon de nitrate d'argent les surfaces traumatiques. Les plaies des piliers (*fig. 391*) guérissent spontanément.

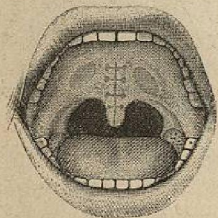


Fig. 391.

La mobilité du voile se rétablit d'une manière très-complète, et les fonctions de la déglutition, de la respiration et de la parole ne sont nullement compromises par la section des muscles.

Complications. Le principal accident que nous eûmes l'occasion d'observer, fut une hémorrhagie survenue sur un adulte, au moment de la section ténotomique du péristaphylin interne du côté droit. Nous fûmes assez heureux pour l'arrêter par l'eau de Pagliari. Un morceau d'agaric trempé dans la liqueur et appliqué sur la face antérieure de la plaie, y adhéra par la formation subite d'un caillot et suspendit l'écoulement du sang. Deux ou trois fois, le caillot fut chassé par des efforts de toux, mais se reforma sous l'influence du même moyen, dont le succès fut complet.

On pourrait, dans des circonstances semblables, et à défaut d'une liqueur hémostatique efficace, introduire dans la plaie un morceau d'agaric à extrémités renflées, ou la tamponner avec la même substance ou deux boulettes de charpie, dont la première serait portée et fixée en arrière du voile par un double fil ramené en avant au travers de la plaie, et dont les chefs embrasseraient la seconde antérieurement. Ce serait, on le voit, le même mécanisme que pour le tamponnement des fosses nasales, avec la différence d'un moindre écartement entre les tampons oblitérateurs.

Rien n'empêcherait, si l'hémorrhagie se continuait, de passer un fil de chaque côté de la plaie avec notre porte-aiguille et d'en réunir les bords.

On pourrait encore faire usage de serre-fines, ou de la cautérisation : nous ne pensons pas qu'on soit obligé de recourir à ces ressources ; nous n'avons eu qu'un seul cas d'hémorrhagie, et cet accident paraît exceptionnel.

L'inflammation de l'arrière-bouche, la tuméfaction du voile, une forte congestion de la tête réclameraient quelques évacuations sanguines et l'usage de gargarismes émollients, de pédiluves sinapisés et de doux minoratifs.

Nécessité des exercices vocaux. Les enfants opérés de la staphylographie n'ont aucun besoin de l'éducation orale, que réclament absolument les adultes. Ces derniers doivent se livrer chaque jour à des exercices de déclamation en présence de maîtres chargés de les diriger, et c'est seulement avec beaucoup de peine et de travail qu'ils arriveront à une prononciation régulière. Cette remarque n'est pas applicable aux personnes atteintes de division ou de perforation du voile à une époque où elles avaient déjà acquis l'habitude de la parole. Leur voix se rétablit spontanément avec la restauration du voile du palais.

OBSERVATION I. — X..., soumise deux fois au procédé ordinaire, m'est adressée par le docteur Ruhlmann, et est opérée à la clinique de Strasbourg. La guérison est parfaite au huitième jour.

OBSERVATION II. — Marie X..., sœur de la précédente, âgée de