

spatule; et le doigt indicateur passé en arrière de la tumeur suffit pour l'énucléer avec une étonnante facilité. Il y a à peine deux ou trois gorgées de sang perdu; et la plaie de la muqueuse se cicatrise d'elle-même.

### III. — Division du voile du palais.

Le voile du palais est quelquefois divisé par une opération chirurgicale, comme lorsqu'on veut mettre à découvert un polype naso-pharyngien. La division est ordinairement congénitale; et elle se présente à plusieurs degrés, selon que le voile est seul divisé, ou que la solution de continuité s'étend plus ou moins loin sur la voûte palatine. Il ne sera ici question que de la division limitée au voile.

L'indication la plus naturelle est d'aviver les bords de la solution de continuité et de les réunir par suture, ce qui constitue la *staphylorrhaphie*. Mais J. Cloquet a aussi essayé la *cautérisation*; et je commencerai par en dire quelques mots.

1° *Cautérisation. Procédé de J. Cloquet.* — On porte un petit cautère rougi au feu juste à l'angle supérieur de la division, dans une étendue très restreinte; puis on laisse s'affermir et se rétracter le tissu de cicatrice qui succédera à la cautérisation. Alors on renouvelle celle-ci, et l'on attend de même, pour recommencer encore, de manière à réunir les parties par une suite de cicatrices qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs*. Du reste, au cautère actuel on peut substituer le cautère électrique, ou même tout simplement le crayon de nitrate d'argent.

Ce procédé, si simple, a réussi à faire disparaître des divisions d'origine syphilitique ou traumatique, et des divisions congénitales même chez des enfants où la staphylorrhaphie eût été impraticable. La seule objection à faire à ce mode de traitement est sa durée; il faut répéter les cautérisations jusqu'à vingt et trente fois, terme moyen, à quinze jours d'intervalle. Benoît (de Montpellier) a obtenu un beau succès par des cautérisations qui ont duré dix-neuf mois.

2° *Staphylorrhaphie. Procédé de Roux.* — Je crois devoir décrire le procédé primitif, tel que l'employait Roux, on saisira mieux les modifications apportées depuis lors et l'on verra aussi que la méthode a été de toutes pièces imaginée par son inventeur. L'appareil se compose : 1° de trois ligatures un peu larges,

aplaties, formées de trois ou quatre brins de fil un peu fort; 2° de six petites aiguilles courbes et plates dans toute leur longueur, enfilées à deux pour chaque ligature; 3° d'un porte-aiguille; 4° de pinces à anneaux; 5° d'un bistouri boutonné; 6° de ciseaux à branches très longues, et dont les lames, assez courtes, sont coudées à angle obtus sur l'un des côtés.

Le sujet assis en face du jour, la bouche naturellement ouverte ou écartée à l'aide d'un coin de liège, selon qu'on peut ou non se fier à sa docilité, le chirurgien saisit avec les pinces le bord droit de la division, prend ces pinces de la main gauche, et de la droite conduit dans le pharynx le porte-aiguille armé d'une

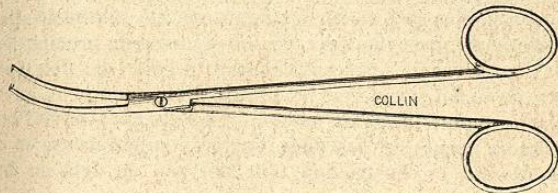


FIG. 534.

Pinces à griffes pour la staphylorrhaphie.

aiguille dont la pointe regarde par conséquent en avant. On la ramène ensuite contre le voile, qu'on lui fait traverser d'arrière en avant près de son extrémité inférieure, et à 8 ou 9 millimètres environ du bord de la division. Pour enfoncer l'aiguille, on attend que les parties soient en repos, puis, la perforation étant faite, on fait saillir le plus possible la pointe de l'aiguille en avant; on la saisit là avec les pinces, et faisant lâcher prise au porte-aiguille, on la ramène dans l'intérieur de la bouche, entraînant avec elle la ligature dont elle est enfilée. On passe ensuite de la même manière l'autre bout de la ligature à travers le côté gauche du voile, et on laisse pendre les deux extrémités en dehors des commissures labiales. Puis on place une seconde ligature en haut, à peu près au niveau de l'angle d'union de la solution de continuité, et une troisième précisément au milieu de l'intervalle qui sépare les deux autres.

Les ligatures étant placées, on en abaisse la partie moyenne vers le pharynx, pour ne pas être exposé à les couper en excisant les bords de la division; et l'on procède à ce second temps de l'opération.

On saisit donc le bord gauche de la fente tout à fait en bas

avec les pinces à anneaux, et on le met dans un état de tension favorable au jeu de l'instrument. On commence l'avivement du bord avec les ciseaux coudés; puis, avec le bistouri droit bontonné placé en dehors des pinces, le dos tourné vers la base de la langue, et qu'on fait agir en sciant de bas en haut, on détache un lambeau également épais d'un millimètre environ dans tous les points de son étendue. On a bien soin de prolonger ce lambeau jusqu'un peu au-dessus de l'angle d'union de la scissure, en le tenant fixé avec les pinces jusqu'à la fin de cette division. On en fait autant du côté opposé, en joignant les deux plaies l'une à l'autre sous un angle très aigu, au-dessus de l'angle d'union indiqué.

Il ne reste plus qu'à serrer les ligatures. On commence par la plus inférieure, avec laquelle on fait d'abord un premier nœud simple; après l'avoir serré suffisamment à l'aide des doigts indicateurs, on le fait saisir avec les pinces à anneaux pour qu'il ne se relâche point, jusqu'au moment où l'on aura serré l'autre. On opère de même sur les deux ligatures supérieures, en portant à dessein la constriction tant soit peu au delà du degré rigoureusement nécessaire pour mettre en contact immédiat les bords de la division. Enfin, avec les ciseaux, on retranche près du nœud les deux bouts de chaque ligature désormais inutiles.

Il n'y a nul pansement à faire; mais le malade doit garder le silence le plus absolu, ne prendre ni aliments ni boissons; s'abstenir même, autant que possible, d'avalier sa salive, qu'il doit rejeter dans un vase ou sur un mouchoir, à mesure qu'elle est produite; éviter soigneusement tout ce qui pourrait provoquer la toux, le rire, l'éternuement, en un mot tout ce qui tend à ébranler le pharynx et le voile du palais. Du troisième au quatrième jour, on peut ôter une ou deux des ligatures supérieures; l'inférieure doit rester en place un ou deux jours de plus.

Tel est le procédé fondamental que Roux a suivi à peu près uniformément jusqu'au bout de sa carrière.

L'opération a subi depuis des améliorations notables. Au lieu d'exposer séparément les procédés particuliers, je crois préférable de décrire séparément les différents temps de l'opération avec les modifications proposées dans leur exécution.

1° *Anesthésie.* — Les chirurgiens sont divisés sur cette question; en France, elle est généralement repoussée pour cette

opération. Si on voulait y avoir recours, il faudrait anesthésier le malade par les procédés ordinaires et continuer, une fois l'opération commencée, par l'insufflation dans les narines d'air mélangé de vapeurs anesthésiques, projeté avec l'appareil de Junker (voir tome I, p. 16). La staphylorrhaphie n'est pas assez douloureuse pour qu'on ne puisse obtenir du malade éveillé la tranquillité et l'immobilité nécessaires. Il est bon d'habituer le voile du palais au contact des instruments; mais on possède aujourd'hui un moyen excellent pour amener l'insensibilité du voile, c'est l'emploi de la cocaïne. Ayant à faire la staphylorrhaphie sur un adulte, j'ai fait, au moment de commencer l'opération, une injection interstitielle de cocaïne dans chaque moitié du voile. L'anesthésie a été assez parfaite pour que le malade n'ait eu aucun mouvement réflexe pendant l'opération.

2° *Ouverture de la bouche.* — Je ne saurais trop recommander l'usage du baillon de Smith qui tient la langue abaissée, en

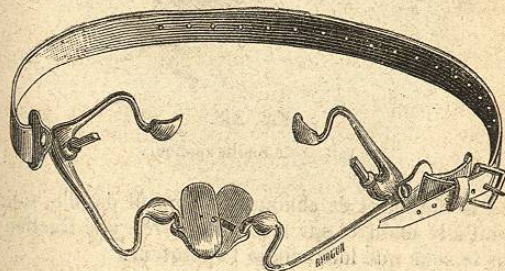


Fig. 535.

Baillon de Smith.

même temps qu'il tient les mâchoires écartées sans que la présence de l'instrument vienne gêner le chirurgien (fig. 535 et 536). On a imaginé en France quelques instruments analogues, mais qui sont loin d'avoir la fixité et la commodité du baillon de Smith. Faute d'instruments spéciaux, on peut se contenter de deux coins de bois placés entre les dents et d'un abaisse-langue, ou même du manche d'une cuiller, mais on se crée ainsi des difficultés ou du moins des ennuis que le baillon fait disparaître.

3° *Fixation du voile.* — Cette précaution donne beaucoup de facilité dans l'avivement et le placement des fils. Pour immobiliser et tendre le voile dont les bords deviennent alors rectilignes, je passe tout d'abord vers la partie du bord libre qui

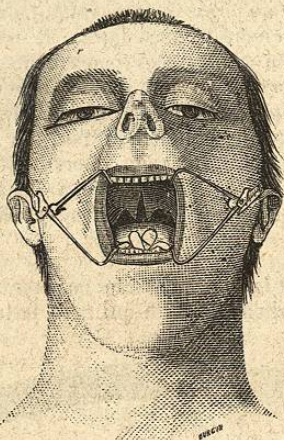


FIG. 536.

Baillon de Smith appliqué.

répond à la luette, et de chaque côté, un fil double, solide, que l'aide tient à la main et sur lequel il exerce une traction modérée, dans le sens que lui indique l'opérateur.



FIG. 537.

Bistouris pour l'avivement.

4° *Avivement.* — L'avivement doit se faire avant le passage des fils, parce qu'on est exposé à couper les fils s'ils ont été placés avant de faire l'avivement; en second lieu, parce que l'avivement, en enlevant à certains points du bord libre une épaisseur de tissu plus considérable qu'à d'autres, exposerait

à avoir certains fils trop rapprochés de la surface saignante, s'ils avaient été placés tout d'abord. Il faut faire l'avivement oblique, c'est-à-dire empiétant plus sur la face buccale que sur la face nasale, afin de rapprocher des surfaces et non des bords.

On se sert pour la staphylorrhaphie de bistouris étroits

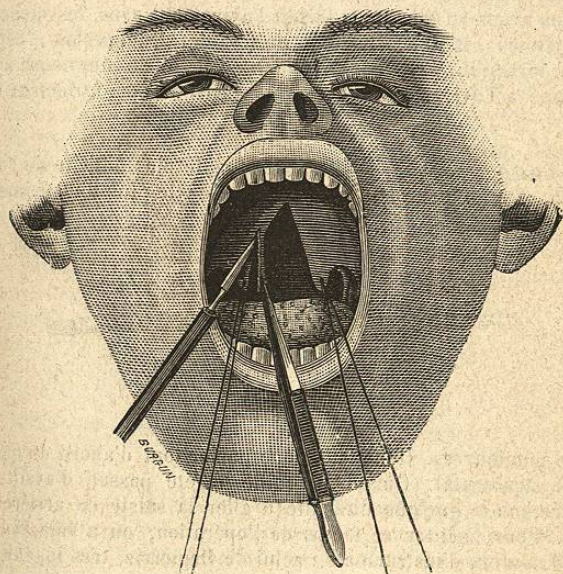


FIG. 538.

STAPHYLORRHAPHIE. — *Avivement.*

Le voile du palais est tendu par un fil passé de chaque côté au niveau de la luette.

montés sur de longs manches, les uns sont droits, les autres coudés à droite ou à gauche. Bien que le voile soit tendu par les fils passés dans la luette, il faut une fixité complète au moment de l'avivement, aussi emploie-t-on d'ordinaire, pour le maintenir, des pinces à griffes de diverses formes, ou du petit crochet américain, imaginé pour l'avivement des fistules vésicovaginales, sorte de petit tenaculum avec lequel on saisit la partie qui doit être détachée.

Le bistouri pointu est enfoncé à un ou deux millimètres au delà de l'angle qui réunit les deux moitiés du voile, et par un mouvement de va-et-vient, fait la section jusqu'à la luette. On peut aussi aller du bord libre vers le bord adhérent. Comme il est indispensable que l'avivement soit absolument complet, il faut s'efforcer d'enlever de chaque côté, d'un seul morceau, toute la partie libre des bords de la division.

Nous avons vu que Roux faisait l'avivement avec les ciseaux; le bistouri est de beaucoup préférable. Quelquefois, cependant, lorsqu'il s'agit d'enlever une parcelle de muqueuse ayant échappé à l'avivement, les ciseaux peuvent être utilement employés.

5<sup>e</sup> *Passage des fils.* — C'est le temps le plus difficile de l'opération et celui pour lequel on a imaginé le plus d'instruments



FIG. 539.

Porte-aiguilles de Sands.

et de manœuvres. Il me faut donc parler tout d'abord du matériel instrumental. Quand l'aiguille a été passée d'avant en arrière, on a quelque difficulté à aller la saisir en arrière du voile. Pour faciliter ce temps de l'opération, on a imaginé un grand nombre d'instruments : celui de Depierris, très ingénieux, mais très compliqué, tout à fait inutile et qu'on n'emploie plus aujourd'hui; les aiguilles mécaniques dont la pointe mobile se détache au moyen d'un ressort et tombe du côté pharyngien; celles de Langenbeck, de Reverdin, les aiguilles à manche de Trélat pour passer le fil d'arrière en avant, etc., etc. Toutes ces aiguilles, tous ces instruments sont parfaitement inutiles, des aiguilles droites ou courbes et un bon porte-aiguille m'ont toujours suffi pour faire les staphylorrhaphies et les uranoplasties les plus difficiles; avec un peu d'adresse de main et quelques manœuvres que j'indiquerai, il est toujours facile de mener rapidement à bien ce temps de l'opération.

L'important est d'avoir un bon porte-aiguille. Celui que j'ai fait fabriquer par M. Collin et qui se place dans la trousse, ou celui de Sands dont les mors garnis de plomb maintiennent soli-

dement l'aiguille dans toutes les positions qu'on veut lui donner, remplissent toutes les indications.

Les aiguilles doivent être petites et de diverses courbures; il faut aussi avoir des aiguilles droites de un et demi et de deux centimètres de longueur.

On n'est pas non plus d'accord sur la nature du fil à employer, les uns préfèrent les fils de soie plus faciles à manier, ou les fils de catgut, ou encore le crin de Florence. Les fils fins et surtout les fils métalliques doivent être préférés. Mais, si les fils d'argent irritent moins les tissus, ils sont plus difficiles à passer que des fils de soie. Je montrerai comment on peut les combiner dans la manœuvre opératoire.

Le passage des fils comprend deux temps : sur une des lèvres de la plaie l'aiguille est enfoncée d'avant en arrière, c'est-à-dire de la face buccale à la face nasale; sur l'autre, l'aiguille va de la face nasale à la face buccale. Chacun de ces temps comporte ses difficultés. Dans le premier, on voit avec précision où l'on veut faire pénétrer l'aiguille; mais il est parfois assez difficile de la reprendre en arrière du voile. Dans le second temps, on a difficilement en arrière la place suffisante pour faire manœuvrer l'aiguille et le porte-aiguille et l'on a quelque peine à faire pénétrer la pointe de l'aiguille à la place voulue.

Ces difficultés augmentent encore si on veut se servir du fil métallique; nous allons les examiner successivement en montrant la manière de les éviter ou de les surmonter.

Rien de plus facile que d'enfoncer l'aiguille d'avant en arrière au point voulu; mais quand on a saisi sa pointe en arrière du voile, il faut lui faire accomplir son trajet complet au travers du voile, puis la retirer à travers la fente. C'est pour supprimer cette difficulté qu'on avait imaginé les aiguilles à pointe mobile, les aiguilles à manche percées d'un chas près de leur pointe. On la surmonte facilement en se servant d'aiguilles *très courtes*, droites pour les points qui avoisinent la luette, où l'on manœuvre plus facilement, légèrement courbes pour les parties plus rapprochées de la voûte palatine. Avant de les lâcher du porte-aiguille, il faut avec un second porte-aiguille tenu de la main gauche les saisir fort solidement près de leur pointe.

Mais lorsqu'un des chefs du fil a traversé l'un des côtés du voile d'avant en arrière, il faut lui faire traverser l'autre d'arrière en avant; les choses sont ici plus difficiles, et pour vaincre cette difficulté, on a conseillé des manœuvres et des instruments très divers. Nous pouvons ranger dans une première catégorie l'emploi d'aiguilles fortement recourbées, supportées par une tige

inflexible portant un chas près de leur pointe comme l'aiguille de Trélat, ou canaliculée, et logeant dans leur intérieur un fil métallique comme l'aiguille de Startin modifiée par Mathieu et connue sous le nom d'aiguille pousse-fil. Ces instruments laissent subsister presque toute entière la difficulté qu'on éprouve à placer d'une façon convenable une ligature portée d'arrière en avant, aussi a-t-on imaginé des instruments permettant de ramener en avant le fil placé en arrière, tout en traversant le voile d'avant en arrière avec l'aiguille. Les instruments imaginés par Depierris, Fergusson ne sont plus aujourd'hui employés parce qu'ils ne sont plus nécessaires, aussi me paraît-il inutile de décrire les procédés dérivant de leur emploi. A. Bérard, sans avoir besoin d'instruments spéciaux, a montré comment on peut passer le fil

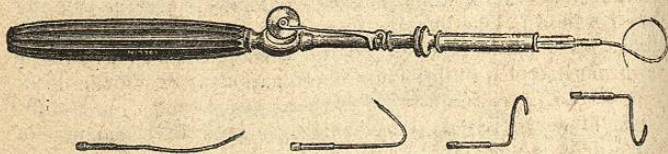


FIG. 540.

Aiguille pousse-fil.

d'arrière en avant, tout en perforant le voile d'avant en arrière. il mérite de ne pas être oublié parce qu'il peut-être parfois utile.

*Procédé d'A. Bérard.* — On se sert d'aiguilles courbes, un peu larges de chas, afin de permettre le passage d'un fil double. On plie le fil en deux, de manière à lui faire former une anse et c'est cette anse qu'on fait passer dans le chas de l'aiguille. On traverse le voile d'avant en arrière, on saisit l'aiguille en arrière du voile et on la retire par la fente. On a donc passé à travers le voile un fil double, dont l'anse répond à la face nasale du voile, mais qu'on attire avec l'aiguille qui l'entraînait jusqu'à ce qu'elle pende hors de la bouche (fig. 541). On engage dans cette anse l'extrémité naso-pharyngienne du fil simple déjà passé d'avant en arrière; on tire sur les deux chefs libres du fil double, on ramène l'anse sur la face postérieure du voile, puis toujours en tirant sur le fil on lui fait retraverser la piqûre faite au voile et elle entraîne avec elle (fig. 542) le fil simple qu'on y avait engagé. On se débarrasse de ce fil double qui n'a été qu'un conducteur et l'on a dès

lors un fil simple engagé dans les deux lèvres du voile. Ce procédé est très ingénieux, assez facile, mais je montrerai plus loin comment on peut le remplacer par un procédé plus facile encore.

J'ai dit plus haut qu'il était difficile de passer directement les fils métalliques. En effet lorsque le premier point a été passé d'avant en arrière et qu'il faut passer le second d'arrière en avant, on a dans la bouche, au milieu de la fente palatine, en arrière du voile, un long bout de fil peu souple, qui se tord, peut former des anses, et se briser à ce niveau. On peut commencer

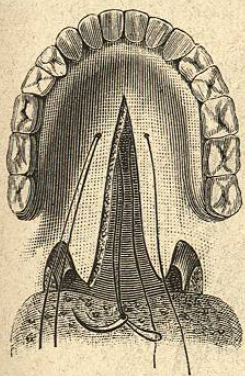


FIG. 541.

Passage du fil de soie d'avant en arrière.

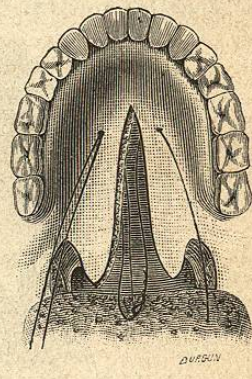


FIG. 542.

La deuxième anse de soie faisant passer le fil métallique d'arrière en avant.

par placer un fil de soie qui entraîne le fil d'argent. On enfle une aiguille un peu large de chas, avec les deux chefs libres d'un fil doublé et se terminant par une anse à l'extrémité opposée à l'aiguille. On la passe successivement au travers des deux lèvres de la plaie comme on le ferait d'un fil simple et lorsque le fil double est placé, on engage dans l'anse le fil métallique qu'on recourbe et qu'on entraîne ainsi au travers des deux lèvres de la plaie. Il est évident que l'on peut pour le passage d'arrière en avant employer les procédés d'A. Bérard.

Pour ma part je supprime toutes ces petites complications et je vais montrer qu'on peut en employant un fil simple de soie lui substituer un fil métallique et faire toujours la ponction avec l'aiguille d'avant en arrière. Voici comment je procède : Je tra-

verse la lèvre gauche de la plaie d'avant en arrière avec une aiguille enfilée d'un fil de lin solide, et je retire l'aiguille et le bout de fil qu'elle entraîne à travers la fente palatine, puis hors de la bouche. Je fais à l'un des bouts de ce fil un simple nœud autour de l'extrémité du fil métallique que je recourbe en anse sur ce nœud, je comprime, je lisse cette anse avec les ongles de manière à lui donner le moins de volume possible. Cela fait je tire sur le chef libre de fil de lin et j'entraîne par son intermédiaire le fil d'argent. On pourrait croire que ce nœud et cette anse ne passeront pas facilement au travers du trou fait au voile par

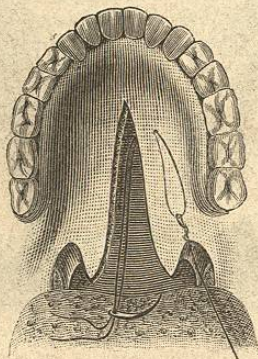


FIG. 543.

Anse de soie entraînant le fil métallique.

l'aiguille; ce serait une erreur. Le tout passe presque sans secousse, j'ai employé nombre de fois cet artifice pour la staphyloporaphie, pour la fistule vésico-vaginale, je n'ai jamais eu ombre de difficulté.

On comprend facilement que je puisse sur la lèvre droite du voile passer aussi le fil de lin d'avant en arrière, puisque je n'ai qu'à saisir le bout pharyngien du fil d'argent déjà passé dans la lèvre gauche, à l'engager dans le nœud que je fais à l'extrémité pharyngienne du fil de lin passé de ce côté droit, pour lui faire traverser d'arrière en avant la partie droite du voile et par conséquent pour avoir le fil d'argent régulièrement passé au travers des deux lèvres du voile.

Au fur et à mesure qu'un fil se trouve placé, pour qu'il ne gêne

pas le passage des autres fils et pour qu'on retrouve facilement les chefs correspondants, il est bon de les réunir en les tordant à leur extrémité et de les confier à un aide qui les relève vers la lèvre supérieure et le nez. Roux plaçait d'abord le fil le plus rapproché de la luette; A. Bérard, le fil le plus près de la voûte palatine. Cette dernière manière de faire est préférable, les fils déjà placés en haut gênent moins le placement des autres.

6° *Fixation des sutures.* — On peut indifféremment commencer par serrer les sutures antérieures ou les postérieures, je préfère cependant commencer par les antérieures.

Quand à un fil de soie ou de lin, on fait un nœud simple as-

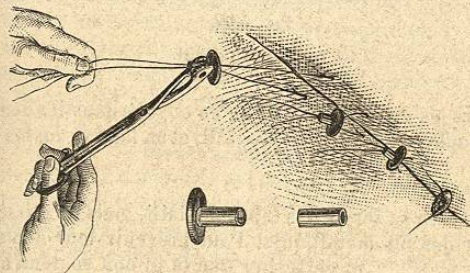


FIG. 544.

Fixation des fils avec les tubes de Galien modifiés.

suré par un second nœud; tandis qu'on serre celui-ci, l'autre risque de se desserrer et la suture est manquée. R.-N. Smith a cru échapper à ce péril en employant le *nœud du chirurgien*, c'est-à-dire en passant deux fois l'un des bouts du fil dans l'anse de l'autre; mais précisément ce nœud a été dès longtemps abandonné, à cause de sa facilité à se relâcher. Fergusson fait avec l'un des bouts du fil un nœud non serré, dans lequel il engage l'autre bout; il serre le nœud alors, le fait glisser à l'aide d'une pince jusque sur le voile, assez pour que la coaptation soit complète; après quoi il l'assure par un nœud ordinaire.

Ces moyens ne peuvent être employés avec les fils métalliques. Déjà Dieffenbach se servait de fils de plomb qu'il se bornait à tordre au voisinage de la plaie jusqu'à ce que les bords de celle-ci fussent en parfait contact; après quoi il coupait les bouts excédants comme à l'ordinaire. Les fils de plomb ont l'inconvénient d'être ou trop gros ou trop peu résistants; on emploie aujourd'hui