

tant sur la plaie un morceau de glace à l'aide des pinces de Museux; M. Guersant a appliqué avec succès le cautère actuel; Gensoul a réussi en faisant exercer 30 à 40 minutes la compression sur la carotide correspondante ou sur les deux carotides. Enfin M. F. Hatin a eu recours à la compression sur l'amygdale même. Il prit de longues pinces droites à polype, garnit les extrémités des branches, l'une d'amadou et de linge qu'il humecta d'eau et imprégna d'alun, l'autre de simples tampons de linge; appliqua la branche garnie d'amadou sur la surface saignante de l'amygdale, tandis que l'autre prenait un point d'appui au dehors, sur l'angle de la mâchoire; et il maintint les anneaux des pinces rapprochés à l'aide d'un cordon. Le troisième jour, il délia les anneaux; le quatrième, les pinces tombèrent d'elles-mêmes, et l'hémorrhagie ne reparut plus.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que la gêne de la respiration entretient les hémorrhagies du cou et de la gorge, et qu'il suffit souvent, pour les arrêter, de faire respirer largement les malades par le nez et la bouche à la fois.

2° *Abcès des amygdales.*

L'ouverture de ces abcès se fait avec un bistouri droit aigu, enveloppé de linge jusqu'à 42 millimètres de sa pointe. La bouche largement ouverte et la langue déprimée avec une spatule, on dirige le bistouri ou de l'œil seulement, ou, si l'on veut, sur l'ongle de l'indicateur gauche, et l'on enfonce la pointe jusqu'au foyer, en prenant soin de la diriger directement d'avant en arrière, parallèlement à la paroi buccale.

Art. VI. — Opérations qui se pratiquent sur le palais.

1° *Excision de la luette.*

Le malade assis en face du jour, la bouche largement ouverte, on saisit l'extrémité de la luette avec une pince à disséquer; on l'attire en avant de manière à la tendre autant que possible, et on l'excise d'un seul coup avec des ciseaux à pointes mousses et courbes sur le plat.

L'hémorrhagie est encore plus rare ici qu'après l'excision des amygdales. Dans un cas où elle se prolongeait, Lisfranc imagina de pincer le bout de la luette entre les branches d'une pince ordinaire, et d'appliquer le nitrate d'argent sur la plaie rendue exsangue

par la compression: ce qui réussit. Il serait plus sûr encore de saisir la luette avec des pinces à torsion, qui ne la laisseraient point échapper.

2° *Des tumeurs glandulaires du voile du palais.*

Je donne ce nom à des tumeurs dures, pesantes, qui se développent à la face antérieure du voile, sous la muqueuse, où elles peuvent acquérir le volume d'un petit œuf, et où le microscope n'a trouvé que des cellules épithéliales, des culs-de-sac glandulaires, et quelques éléments fibro-plastiques. L'important est d'abord que ces tumeurs ne repullulent pas; et pour l'extirpation, un point non moins important est qu'elles ne contractent pas d'adhérences.

C'est M. Nélaton qui le premier a eu l'occasion d'étudier et d'opérer ces tumeurs.

Procédé de M. Nélaton. — Il fait une incision verticale étendue sur toute la tumeur, et la dépassant même un peu en haut et en bas; la muqueuse est ensuite décollée des deux côtés avec une 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.

3° *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 nasopharyngien. Mais la division peut aussi être 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 *staphyloraphie*. Mais M. J. Cloquet a aussi essayé la *cautérisation*; et je commencerai par en dire quelques mots.

1° *Cautérisation. Procédé de M. 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 staphyloraphie 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. Tout récemment M. Benoît (de Montpellier) a obtenu un beau succès par des cautérisations qui ont duré dix-neuf mois.

2° *Staphyloraphie. Procédé de Roux.* — 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 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. Cette manœuvre est longue et fatigante; il convient de laisser après au malade quelques instants de relâche, durant lesquels il puisse fermer la bouche, cracher et respirer à son aise. 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 de ce bord avec les ciseaux coudés; puis, avec le bistouri droit boutonné 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 faut 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'éternement, 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. Si la réunion avait manqué par en haut, ce qui arrive fréquemment lorsque la fente se prolonge sur la voûte palatine, on pourrait, ou bien attendre l'oblitération des bienfaits du temps, ou la favoriser en touchant les bords avec le nitrate d'argent ou le cautère actuel.

Tel est le procédé fondamental que Roux a suivi à peu près uniformément jusqu'au bout de sa carrière. A peine remplaçait-il de temps à autre la pince à anneaux ordinaire par une pince à dents de souris; il convenait que celle-ci lâche prise moins facilement; mais la pince à anneaux avait en revanche, disait-il, l'avantage

d'abandonner plus librement la partie saisie. La pince à disséquer, très allongée et terminée par des dents de souris, est généralement préférée. M. Guyot avait aussi remarqué que les ciseaux coudés à angle, appuyant sur la langue par leur talon, obligent à élever la main très haut pour commencer l'incision, inconvénient que n'offrent pas les ciseaux courbes; Roux conserva ses ciseaux coudés, qui sont aujourd'hui à peu près abandonnés. Enfin N.-R. Smith avait remplacé les aiguilles multiples et le porte-aiguille de Roux par une seule aiguille montée sur un manche, courbée à son extrémité en un demi-cercle de 42 à 43 millimètres de rayon, afin de traverser le voile d'arrière en avant; au lieu d'un chas, elle portait une échancrure d'où l'on retirait le fil quand la pointe de l'aiguille se montrait en avant du voile. C'était une simplification réelle.

Mais une objection très grave s'adressait à ce procédé comme à l'autre : c'est qu'en faisant pénétrer l'aiguille en arrière, on agit trop à l'aveugle. Roux lui-même en avait parfaitement signalé les inconvénients.

« En donnant chaque coup d'aiguille d'arrière en avant, dit-il, on ne touche pas toujours bien juste sur le point le plus convenable; on voit paraître la pointe ou trop près ou trop loin des bords de la division. C'est la première faute qu'on commet bien plus souvent que la seconde; et c'est celle-là surtout qu'on ne peut pas ne pas réparer. Ou bien encore l'ouverture paraît bien faite en avant; mais en arrière elle n'est point assez éloignée du bord : le voile du palais a été transpercé obliquement; le mieux est qu'il le soit perpendiculairement à son épaisseur. Dans l'un et l'autre cas, il faut retirer l'aiguille dont la pointe faisait seulement encore saillie en avant, et la faire agir d'une manière plus parfaite. Quelquefois aussi, tous les fils étant engagés, on s'aperçoit que les bouts de l'un d'eux, au lieu de se correspondre sur une ligne à peu près horizontale, sont disposés obliquement l'un par rapport à l'autre. Bien qu'avec une si mauvaise disposition des fils, on puisse encore obtenir une coaptation assez régulière, il vaut mieux dégager l'un des bouts et le réintroduire ou plus haut ou plus bas, selon l'état des choses. »

Pour l'avivement aussi, les sections pratiquées après la pose des fils exposaient à couper ceux-ci, d'où la nécessité de refaire une section nouvelle; Roux lui-même avait éprouvé plusieurs fois ce contre-temps.

Le serrement des sutures offre également des difficultés. Si le premier nœud se relâche tandis qu'on serre le second, les parties ne sont pas suffisamment affrontées; il faut couper le point de suture manqué et en refaire un autre. Cela est facile quand il ne s'agit que de la suture inférieure; mais pour les autres, si déjà l'on a serré

un ou deux points, on ne passerait pas facilement l'aiguille d'arrière en avant, à moins de tout détruire; et bien que Roux eût l'habitude de serrer d'abord la suture inférieure, il confessait qu'il y aurait quelque avantage à commencer par les sutures supérieures.

Enfin, les sutures les mieux faites n'aboutissent qu'à diviser les chairs, quand les deux moitiés du voile sont tirillées à l'excès. Roux ne s'était aucunement préoccupé de cet obstacle dans les divisions simples.

C'est principalement sur ces quatre points, le passage des fils, l'avivement, le serrement des sutures, le relâchement du voile, qu'ont porté les innovations des opérateurs. Je m'en occuperai dans l'ordre indiqué, et j'ajouterai quelques mots sur une modification d'une importance beaucoup moindre, qui a trait à la résection de la luette. Disons cependant, avant tout, que, dans le traitement consécutif, l'abstinence rigoureuse de boissons, recommandée par Roux, et si difficile à supporter, a contribué plus d'une fois aux insuccès de la staphyloraphie. Dieffenbach a montré qu'on pouvait avec moins de péril donner aux opérés des aliments liquides, et sa pratique a été généralement adoptée.

1^o Du passage des fils. — On s'accorde généralement aujourd'hui à attaquer le voile du palais par sa face antérieure. Il y a trois principaux procédés.

Procédé d'A. Bérard. — Il se sert d'aiguilles de 42 à 45 millimètres de long sur 2 de large, épaisses d'un demi-millimètre vers le talon pour être plus facilement saisies, et percées en ce point d'un chas assez large pour admettre un gros cordon plat; elles offrent sur le plat une courbure peu prononcée, qui commence à la pointe et occupe les trois cinquièmes de l'aiguille; le reste du côté du talon est parfaitement rectiligne.

Le bord gauche de la division étant fixé à l'aide d'une pince à dents de souris, le chirurgien saisit l'aiguille avec une pince à anneaux, la concavité regardant le bord libre de la fente. L'aiguille est enfoncée d'avant en arrière au niveau de l'angle supérieur de la division, jusqu'à ce que l'on aperçoive sa pointe à travers la fente palatine; on la saisit, on la dégage des chairs par une traction légère en arrière et de côté; puis on la ramène hors de la bouche, avec le fil qui la traverse.

On fait passer de la même manière, à la même hauteur, dans la lèvre droite de la division, une autre aiguille, enfilée d'un fil double formant une anse. On retire l'aiguille en laissant cette anse dans le

pharynx; on y fait passer le chef profond de la ligature de l'autre côté; et en retirant l'anse, on ramène ce chef d'arrière en avant, à travers le côté droit du voile palatin; de sorte que les deux chefs sortant par la bouche, le milieu forme une anse en arrière du voile du palais, comme dans le procédé ordinaire.

Procédé de M. Fergusson. — M. Fergusson est arrivé autrement au même but. Il se sert d'une aiguille légèrement recourbée, percée à son extrémité et montée sur un manche. L'aiguille armée d'un fil de soie rond et ciré, il la plonge à travers le voile, d'avant en arrière; dès que le chas apparaît à travers la scissure, on saisit le fil avec une pince, et on en ramène l'extrémité hors de la bouche; puis on répète la même manœuvre du côté opposé. On noue alors solidement les bouts des deux fils ainsi ramenés en dehors; et en tirant sur l'un d'eux, on fait repasser le nœud d'abord, puis l'autre fil d'arrière en avant par la piqûre du voile. Coupez le nœud: il ne reste qu'un fil formant une anse en arrière du voile, et dont on n'a plus qu'à serrer les deux bouts.

Avec l'aiguille de M. Fergusson, on pourrait tout aussi bien ramener un bout du fil d'un côté, et l'anse complète de l'autre; on passerait le fil dans l'anse, et on le retirerait à la manière d'A. Bérrard, sans avoir besoin de faire un nœud.

Mais ces manœuvres, si ingénieuses qu'elles soient, allongent toujours l'opération. On a cherché à l'abréger à l'aide d'instruments plus ou moins compliqués; celui qui a obtenu le plus de succès appartient à M. Depierris.

Procédé de M. Depierris. — Qu'on imagine une tige courbée à angle droit, à 13 millimètres de son extrémité; cette extrémité présente un anneau échancré dans lequel joue un petit fourreau d'acier destiné à recevoir l'aiguille. Celle-ci est continue avec une tige droite jouant librement sur la première dans la direction du fourreau; elle n'est point percée d'un chas, mais porte à peu de distance de sa pointe une échancrure dirigée obliquement en avant ou vers la pointe. Une anse de fil est engagée dans l'anneau de la tige recourbée, et retenue par le fourreau mobile qui occupe toute la longueur de l'anneau. On porte l'instrument ainsi armé sur le voile du palais, la portion recourbée en arrière, l'aiguille en avant et sous les yeux du chirurgien. L'aiguille, poussée d'avant en arrière, traverse le voile, entre dans son fourreau, et le fait reculer de manière à laisser libre l'échancrure de l'anneau; l'anse de fil n'étant plus soutenue tombe dans l'échancrure de l'aiguille, et en retirant celle-ci par le même chemin, on ramène donc en

avant l'anse tout entière, ou seulement un des bouts du fil si l'on veut. La même opération répétée de l'autre côté avec l'autre bout du fil place l'anse de la suture dans les meilleures conditions requises.

Quel que soit le procédé qu'on mette en usage, il y a ici quelques remarques à ajouter.

La première porte sur le choix des ligatures. Roux employait un ruban formé de plusieurs fils; M. Fergusson préfère un fil de soie rond et ciré. Dieffenbach se servait de fils de plomb, qu'il passait d'ailleurs d'arrière en avant, à l'aide d'aiguilles spéciales. Je ne puis que renvoyer à ce que j'ai dit sur le volume et la nature des fils à employer (p. 54).

Une autre question est celle du nombre. Roux en appliquait trois; N.-R. Smith se borne à deux; M. Sédillot va à quatre, en plaçant le quatrième point de suture sur la luette; M. Fergusson varie de deux à cinq. La loi générale est d'en mettre autant qu'il est nécessaire pour obtenir un affrontement régulier; cependant, d'une manière générale, il suffit de trois sutures.

Par laquelle faut-il commencer? Roux plaçait d'abord la plus basse; A. Bérrard la plus élevée. La pratique de Roux a ce double avantage, que les fils placés en bas gênent moins, et que le plus inférieur peut même servir à tendre le voile pour le passage des autres.

Il est utile en effet que le voile soit tendu pour ne pas fuir devant l'aiguille. Roux ne prenait pas cette précaution; A. Bérrard recommande de saisir le voile avec une pince à dents de souris. A merveille; mais je répète que le premier fil placé près de la luette dispense de tout autre instrument à cet égard.

2^e De l'avivement. — La première question, et sans contredit la plus importante, est de savoir à quel moment doit être pratiqué l'avivement. Roux le remettait sans réserve après le passage des fils, malgré le danger de les couper. La crainte que l'écoulement de sang consécutif ne fit obstacle pour le passage des aiguilles, aurait pu servir à justifier cette pratique; il n'y songe même pas; et, en effet, on pourrait tout aussi bien alléguer que le sang qui coule par les piqûres d'aiguilles fera obstacle à l'avivement. La seule raison qu'il allègue, c'est que, si l'indocilité du sujet oblige à discontinuer l'opération, le voile n'aura pas éprouvé de perte de substance. Je doute que cela suffise à décider la question. Au reste, Dieffenbach a le premier pratiqué l'avivement avant le passage des aiguilles, et la plupart des chirurgiens suivent aujourd'hui son exemple.

Roux avait de bas en haut, partie avec les ciseaux, partie avec le bistouri boutonné. D'autres n'y ont employé que les ciseaux courbes. Dieffenbach saisissait le bord postérieur du voile avec une érigne, plongeait un petit bistouri pointu vers le milieu de la scissure, détachait d'abord le lambeau à séparer du côté de la luette ou de l'érigne, puis, en retournant le tranchant, du côté de la voûte palatine; et en faisait autant de l'autre côté. Il insistait surtout pour avoir un avivement large, par l'excision d'un lambeau suffisamment épais. A. Bérard a imité ce procédé. Il saisit le bord gauche de la fente, par exemple, avec la pince à dents de souris; plonge de la droite un bistouri pointu à travers le voile, à 2 millimètres au-dessus de l'angle de la division, le tranchant en bas; et une pression légère sur ce tranchant suffit pour tailler un lambeau d'un millimètre d'épaisseur sur toute l'étendue de la fissure. Pour le côté droit, on tient la pince de la main droite, le bistouri de la main gauche, et l'on taille un lambeau semblable. Il reste à les détacher à l'angle supérieur; pour cela, on reporte le bistouri vers cet angle, et l'on achève l'avivement d'un côté à l'autre, en retenant les lambeaux avec la pince, de peur qu'ils ne tombent dans l'arrière-gorge et le larynx.

3° *Du serrement des sutures.* — Il est assez indifférent en soi de commencer par serrer l'une ou l'autre des sutures. J'ai dit toutefois pour quelle raison la suture supérieure semble devoir être serrée la première.

Quand on fait un nœud simple assuré 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. M. Guyot a inventé un instrument spécial, trop spécial pour être adopté. Le nœud de M. Fergusson paraît déjà plus sûr. Il 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.

Enfin, M. Galli a imaginé de remplacer tous ces nœuds par un petit tube de plomb, long de 3 à 4 millimètres, dans lequel on engage les deux bouts de l'anse de fil. On le pousse ensuite jusque sur la division en tirant les fils en même temps pour que l'affrontement se fasse; alors, à l'aide d'un davier à mors plats, on écrase le tube sur les fils, qui, si l'écrasement est bien fait, sont aussi solide-

ment réunis qu'avec tous les nœuds du monde. Le seul inconvénient est d'avoir en contact avec les parties trois petits corps étrangers. On peut donc essayer d'abord du nœud double ordinaire ou du nœud de M. Fergusson; mais s'ils viennent à se relâcher, au lieu de renouveler la suture, on aurait pour la resserrer une ressource excellente dans le nœud de M. Galli.

Quant aux fils de plomb, employés par Dieffenbach, il se bornait à les tordre au voisinage de la plaie jusqu'à ce que celle-ci fût en parfait contact; après quoi il coupait les bouts excédents comme à l'ordinaire.

4° *Du relâchement des deux moitiés du voile.* — Nombre de staphylophies ont échoué, parce que les sutures tiraillaient trop fortement les deux moitiés du voile et coupaient les chairs avant la réunion. Le chirurgien en est averti de trois manières: 1° par la force inusitée qu'il a dû employer pour serrer les sutures jusqu'à l'affrontement exact; 2° par un sentiment pénible de tiraillement qu'éprouve l'opéré vers les parties latérales; 3° quelquefois enfin, parce que l'affrontement est tout à fait impossible. Il y a deux procédés, l'un qui s'attaque surtout à la tension latérale, l'autre à la tension de bas en haut.

Incisions latérales. Procédé de Dieffenbach. — Lorsque toutes les sutures ont été serrées, il porte son bistouri sur chaque moitié de voile, à 9 ou 10 millimètres de la ligne médiane, le plonge en arrière, et pratique ainsi de chaque côté une incision parallèle à la suture, d'un centimètre d'étendue au plus, qui ne remonte pas jusqu'aux os, et surtout ne descend pas jusqu'au bord inférieur. La rétraction des chairs convertit immédiatement ces deux incisions en deux trous ovalaires, qui permettent le passage de la salive et même des boissons, et qui d'ailleurs se ferment plus tard spontanément.

Section du pilier postérieur. Procédé de M. Mason Warren. — Appliqué particulièrement aux cas de fissure du voile et de la voûte palatine, mais toujours pour relâcher le voile. Après avoir constaté que les bords ne peuvent en être rapprochés, on porte de longs et forts ciseaux, courbes sur le plat, en arrière du pilier antérieur, et l'on coupe avec soin de chaque côté les attaches du voile à l'amygdale et au pilier postérieur.

M. Fergusson a allié ces deux incisions. Seulement, il cherchait à pratiquer celle de Dieffenbach à la partie postérieure du voile, sans

intéresser la muqueuse postérieure ; puis il prétendait les diriger sur certains muscles, de façon à leur donner une apparence de nouveauté ; et enfin il conseillait au besoin de couper encore les piliers antérieurs. M. Sédillot a visé de même à créer un procédé nouveau, en unissant les trois incisions, et indiquant aussi les muscles sur lesquels elles devaient porter. J'ai discuté cette question dans mon *Anatomie chirurgicale*. On coupe bien avec le pilier postérieur quelques parties du muscle pharyngo-staphylin ; et le glosso-staphylin est pareillement compris dans la section du pilier antérieur. Mais, sur le voile, on ne sait pas précisément ce qu'on coupe, et cela n'est même pas nécessaire. Toute la question se réduit à relâcher les parties ; la section des muqueuses y aide autant peut-être que celle des muscles, et la règle pratique est d'agrandir les sections jusqu'à ce que le but soit atteint. Une autre innovation de M. Ferguson, suivi par M. Sédillot, c'est de faire ces sections à titre d'*opérations préliminaires*, c'est-à-dire avant de s'être assuré si elles sont indispensables. Je ne saurais assez m'élever contre une pareille pratique. Dans le plus grand nombre des cas, la suture suffit seule : Roux n'avait jamais recours à d'autres moyens. Si, la suture faite, le tiraillement paraît trop prononcé, il y a une indication légitime d'en venir aux incisions latérales ; et si celles-ci ne suffisent point, à la section des piliers. Enfin, dans les cas très rares où l'on a constaté à l'avance l'impossibilité de ramener au contact les deux portions du voile, on peut mettre en œuvre les incisions préliminaires ; mais, je le répète, c'est un abus déplorable de les ériger en règle générale, et la véritable règle est de n'y recourir qu'en cas de nécessité bien démontrée.

5° Résection de la luette. — Le voile du palais recousu ne présente pas à sa partie inférieure l'appendice flottant qui constitue à proprement parler la luette ; il y a là une atrophie comparable à la perte de substance du bec-de-lièvre. De plus, la pointe qui descend de la partie médiane et qui représente ce qui reste de la luette est bien rarement réunie ; il y a une encoche au centre, et comme deux luettes embryonnaires séparées. Roux s'en mettait peu en peine, et se bornait à emporter d'un coup de ciseaux l'une de ces petites saillies. M. Sédillot a imaginé, pour coudre la luette après le reste du voile, une aiguille spéciale, qui n'est qu'une aiguille à coudre ordinaire. M. Nélaton seul a songé à refaire la luette même.

Procédé de M. Nélaton. — Lorsque la fissure ne comprend pas toute la hauteur du voile, il sépare les deux lambeaux d'avivement

comme A. Bérard, en les laissant unis par en haut ; mais par en bas il ne les détache pas du reste du voile, et les laisse pendre ainsi réunis, sûr ainsi d'avoir une luette assez longue et d'éviter l'encoche inférieure. Si la fissure est trop étendue, il se borne à détacher un lambeau de chaque côté, comme dans mon procédé pour le bec-de-lièvre (voy. p. 464), et à les réunir par en bas à l'aide d'un point de suture.

M. Nélaton a mis plusieurs fois l'un et l'autre procédé en usage, et toujours avec un succès satisfaisant. Les bouts des petits lambeaux, même un peu longs, restent en contact avec la base de la langue, sans déterminer aucun accident.

Appréciation. — La staphyloraphie est peu grave en elle-même. Sur environ 127 opérations, Roux n'avait vu que 2 morts qu'on pût légitimement lui rapporter, une par délire nerveux, l'autre par une violente inflammation du pharynx et des bronches.

De ces 127 opérations, 3 avaient été faites après la section chirurgicale du voile, à l'occasion de polypes naso-pharyngiens ; toutes trois ont pleinement réussi. Les opérations pour division congénitale limitée au voile se montaient à 66 sur 61 sujets, 5 ayant dû être opérés 2 fois ; il y a eu en tout 48 guérisons, environ 3 sur 4. Mais Roux a soin de nous apprendre que toutes ces guérisons n'ont pas été complètes de prime abord. Après les échecs absolus, il y a les échecs partiels, lorsque la réunion s'est opérée seulement dans la partie supérieure du voile, ou dans la partie inférieure, ou au milieu. Quelquefois il suffit, pour compléter l'œuvre, de recourir à de légères cautérisations ; d'autres fois, une suture nouvelle devient indispensable. Mieux vaut alors que la réunion ait eu lieu en haut ou en bas, que si elle est limitée à la partie moyenne. Ce dernier cas exigerait en effet un double avivement, une double suture ; et quelquefois Roux a préféré détruire la bride médiane, pour refaire la staphyloraphie en entier.

Chose remarquable, cette opération qui réussit si bien et dans les divisions traumatiques, et dans les divisions congénitales, paraît moins heureuse dans les divisions qui succèdent à des ulcérations syphilitiques, même sans notable perte de substance. Du moins Roux a échoué dans 3 tentatives faites sur 2 sujets, chez qui la division avait à peine 13 à 14 millimètres de hauteur, avec un très petit écartement. A la vérité, elle était située tout à fait en dehors, contre les piliers du voile ; et il est permis de penser que si Roux eût coupé les piliers pour relâcher les parties, il eût obtenu un meilleur succès. Je n'hésite pas non plus à croire que ses revers,