

points séparés avec un fil d'argent ou mieux encore avec un fil d'or est préférable. Employez pour passer les fils une aiguille courbe très fine.

La manière de passer les fils présente dans l'espèce une réelle importance. On voit des enfants opérés régulièrement du bec-de-lièvre, sans accidents ni complications, s'éteindre ensuite tout doucement dans les heures qui suivent l'opération, et cela parce que la suture n'a pas été bien faite. Ces enfants succombent à l'hémorrhagie qui se produit au niveau du bord postérieur de la

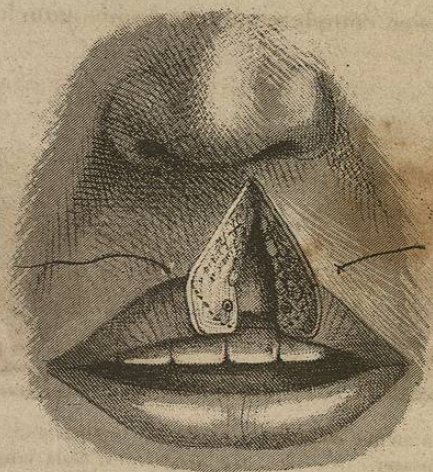


Fig. 26. — Manière de passer le fil dans la suture du bec-de-lièvre.

plaie par l'artère coronaire, celle-ci n'ayant pas été comprise dans l'anse du fil, comme elle eût dû l'être. Rappelons que cette artère est beaucoup plus rapprochée de la muqueuse que de la peau et qu'elle est située en arrière du muscle orbiculaire au sein de la couche glanduleuse. Or, si les deux bouts de l'artère ne sont pas compris dans la suture, ils restent béants dans la plaie. Étant donné en effet la direction des fibres de l'orbiculaire, toute plaie verticale des lèvres présente une grande tendance à l'écartement de ses bords, et si, dans le bec-de-lièvre en particulier, toute l'épaisseur de la lèvre n'est pas comprise dans la suture, il reste en arrière des fils une sorte d'hiatus dans lequel s'ouvrent précisément les coronaires. Ajoutons que l'enfant exécute des mouvements de succion qui favorisent la sortie du sang dont une perte même minime peut entraîner la mort. La figure 26 montre la ma-

nière de passer le fil. Introduit par la peau à quelques millimètres de la plaie, il doit pénétrer obliquement dans l'épaisseur de la lèvre et sortir juste à l'union de la muqueuse avec la couche glandulaire, pour suivre un trajet inverse du côté opposé. Il est aisé de comprendre qu'avec une pareille suture toute hémorrhagie ultérieure est impossible. Évitez toutefois d'interposer la muqueuse entre les lèvres de la plaie, ce qui pourrait faire manquer la réunion. Quatre ou cinq points de suture seront ordinairement nécessaires. Il suffira de les laisser trois jours en place. Il n'y aurait pas grand inconvénient, surtout avec des fils d'or qui n'irritent pas les tissus, à laisser les sutures pendant quatre et cinq jours.

Comme pansement, j'ai l'habitude de mettre sur la lèvre une lamelle de protectrice et de la gaze phéniquée que je fixe avec un bandeau qui entoure la tête. L'opéré doit être nourri à la cuiller. Après l'enlèvement des fils, il est bon de soutenir la suture à l'aide de quelques bandelettes de tarlatane collodionnée ou bien avec du collodion iodoformé.

4° MALADIES DE LA RÉGION PALATINE.

La région palatine comprend la voûte et le voile du palais. J'étudierai successivement les maladies de l'une et de l'autre.

Maladies de la voûte palatine.

Les maladies de la voûte palatine sont peu nombreuses : c'est à peine si l'on y observe des plaies, et en général ce sont des plaies par armes à feu produites dans un but de suicide. Elles ne présentent d'ailleurs rien de spécial à noter.

Il est rare également d'y observer des tumeurs, au moins primitives, car la plupart des néoplasmes qui bombent vers la bouche à travers le palais ont pris naissance dans les parties voisines : le maxillaire supérieur, le nez. Chassaignac avait cru trouver un signe précieux de syphilis dans ce qu'il appela l'exostose médio-palatine, mais cette légère saillie se rencontre sur des sujets non syphilitiques.

Il n'y a pas de raison pour que la voûte palatine ne soit pas le siège de tumeurs variées ainsi que les autres régions, et l'on en a observé en effet un certain nombre : anévrysme de l'artère palatine postérieure, angiomes, adénomes, etc., mais elles sont si ex-

ceptionnelles qu'il me paraît inutile d'y insister, d'autant plus qu'elles ne donnent lieu à aucune considération clinique intéressante.

Un follicule dentaire peut s'être égaré dans la voûte palatine, y devenir kystique ou bien suivre son évolution normale, et l'on trouve plus tard une dent solidement implantée dans le palais. Je pense qu'à moins de gêne trop grande pour le malade il ne faut pas enlever ces dents, car il en pourrait résulter une perforation de la voûte, ce qui serait autrement sérieux pour le malade.

Les affections qui méritent une attention particulière sont l'inflammation, les ulcérations, la perforation et l'absence du palais.

A. Inflammation de la voûte palatine. — Les inflammations de la voûte palatine sont assez communes et reconnaissent en général pour cause initiale une lésion dentaire : c'est une périostite alvéolo-dentaire qui se propage à la fibro-muqueuse palatine. Il se produit un abcès qui siège le plus souvent au voisinage du rebord alvéolaire, au niveau de la couche glanduleuse. Ces abcès causent de vives douleurs par suite de la compression et de la distension des nerfs palatins. Un détail anatomique dont il faut toujours se souvenir quand on observe une affection de la voûte palatine, c'est que le périoste et la muqueuse ne forment qu'une seule et même membrane : il en résulte que le pus est en contact direct avec l'os. Or cet os, qui se trouve compris entre deux muqueuses : la pituitaire en dessus et la fibro-muqueuse palatine en dessous, reçoit de cette dernière ses principaux éléments de nutrition. Si donc elle se trouve décollée dans une certaine étendue et si surtout ce décollement persiste un certain temps, il se produit une nécrose qui peut elle-même entraîner une perforation de la voûte, accident rare toutefois dans les inflammations simples.

L'abcès constitue une petite tumeur rouge, tendue, fluctuante, fort douloureuse, facilement reconnaissable. Il faut commencer par enlever la dent, cause première de tout le mal, et il est possible que cela suffise pour guérir le malade, le pus s'écoulant par l'alvéole ; sinon, il faut ouvrir l'abcès. Cette ouverture doit être faite avec une certaine précaution, car il n'est pas rare de lui voir succéder un écoulement de sang abondant et même une petite hémorragie. Deux conditions la favorisent : d'abord la situation de l'artère palatine postérieure dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse, et par conséquent dans la paroi qu'il faut traverser pour

pénétrer dans le foyer, et ensuite une sorte de gondolement de la muqueuse qui rend la compression difficile, inefficace, en s'opposant à l'application immédiate de la paroi sur le squelette. De plus, l'artère palatine postérieure est souvent assez volumineuse. Rappelez-vous que le tronc de cette artère siège très excentriquement tout près des rebords alvéolaires, et par conséquent portez le bistouri le plus près possible de la ligne médiane, où vous ne rencontrerez que des artérioles et une fibro-muqueuse beaucoup plus mince que sur les côtés.

La voûte palatine peut être le siège non seulement d'inflammation aiguë, mais encore d'inflammation chronique. J'en ai observé en 1884 un exemple bien remarquable sur le prince X..., avec le regretté N. Guéneau de Mussy et mon collègue Labadie-Lagrave. Le malade avait été jadis diabétique et albuminurique. Il n'existait plus une seule dent à la mâchoire supérieure et, comme cause locale, nous ne pûmes invoquer que la pression longtemps prolongée d'un dentier. La fibro-muqueuse palatine était considérablement épaissie ; pendant plusieurs mois il sortit avec le pus une grande quantité de petits séquestres, et une étroite communication, suffisante cependant pour déterminer un coryza très gênant et rebelle, s'établit avec la fosse nasale droite. Malgré le mauvais état général, l'affection marchait vers la guérison, lorsqu'un érysipèle de la face et du crâne emporta le malade en quelques jours.

B. Ulcérations de la voûte palatine. — Les ulcérations de la voûte palatine sont loin d'être rares et se rattachent à plusieurs causes distinctes ; la plus importante d'entre elles, la plus fréquente aussi, celle à laquelle il faut toujours songer, est la syphilis, pour laquelle le palais est en quelque sorte un siège d'élection. La syphilis s'y montre à la période secondaire sous forme de plaques muqueuses, mais surtout à la période tertiaire sous forme de gommès. Les plaques muqueuses sont des ulcérations superficielles coexistant avec des plaques semblables qui occupent les lèvres ou le pharynx et qui disparaissent assez rapidement sans laisser de traces. Il n'en est pas de même des gommès. Quel que soit leur point de départ primitif : pituitaire, paroi osseuse ou fibro-muqueuse palatine, ce qu'il est d'ailleurs assez difficile de déterminer d'une façon précise, car on ne voit pas souvent les malades à cette période, l'évolution est identique ainsi que le résultat, c'est-à-dire la perforation de la voûte palatine. Je crois cependant que

le siège le plus commun de cette production est la fibro-muqueuse palatine. La tumeur formée d'abord par le dépôt du tissu gommeux se ramollit, donne naissance à un abcès qui décolle la muqueuse et ne tarde pas à s'ulcérer. La nécrose se produit par le mécanisme que je signalais tout à l'heure, et une perforation plus ou moins étendue en est le résultat.

La tuberculose et l'épithéliome donnent également naissance à des ulcérations de la voûte palatine. Toutefois le cancroïde primitif de cette région est d'une extrême rareté, et je n'ai pas souvenir d'en avoir observé; les bords en sont durs, grisâtres, et la marche est relativement lente. Une gomme détruit le palais en quelques semaines, tandis qu'il faut plusieurs mois au cancroïde pour produire le même effet; les bords de l'ulcère ne sont pas décollés comme dans la gomme. Cette dernière se rencontre assez fréquemment chez des sujets encore jeunes, et les femmes y sont très exposées, tandis que le cancroïde apparaît à un âge avancé et de préférence chez les hommes. Enfin le sujet syphilitique accuse souvent des antécédents, est atteint d'autres manifestations sur divers points du corps et présente ce que j'appelle le facies syphilitique, qui ne trompe pas souvent un œil exercé.

Le diagnostic différentiel avec l'ulcère tuberculeux ou strumeux est plus difficile, car il existe un certain nombre de caractères communs: l'âge, le sexe, la marche assez rapide, le décollement des bords, mais la couleur n'est pas la même: la gomme est d'un rouge foncé, et, bien qu'il soit malaisé de faire une analyse exacte des signes, parce que ces deux affections ne se distinguent que par des nuances, il est certain que la gomme strumeuse et la gomme syphilitique ne présentent pas le même aspect, et que la première impression éprouvée par un bon praticien le trompe rarement.

Quoi qu'il en soit, une erreur de diagnostic est possible, même facile: aussi, en présence d'une ulcération de la voûte palatine, le traitement doit-il toujours être dirigé d'emblée comme s'il s'agissait de syphilis, car dans ce dernier cas, si l'on arrive à temps, la maladie sera vite enrayée et l'on évitera la perforation.

C. Perforation et division de la voûte palatine. — Uranoplastie. — La voûte palatine peut être détruite partiellement par l'une des causes que je viens de signaler: c'est la *perforation*; elle fait défaut à la naissance par suite d'un vice de

conformation lié en général au bec-de-lièvre: c'est la *division*. On porte remède à ces deux affections par une opération identique, l'*uranoplastie*.

S'il est à la rigueur possible de discuter l'utilité d'une intervention chirurgicale dans la division de la voûte palatine, il n'en saurait être de même pour la perforation: l'opération s'impose dans ce dernier cas. Il est à peine besoin de signaler les graves inconvénients qui résultent d'une perforation: le nasonnement de la voix, le passage des aliments par les fosses nasales, etc. L'opération est d'autant plus indiquée dans ce cas, qu'elle donne, si elle réussit, un résultat complet au point de vue fonctionnel, ce qui n'a pas toujours lieu dans la division. Donc conseillez toujours, imposez en quelque sorte l'opération aux sujets atteints de perforation; attendez, bien entendu, pour agir, que celle-ci soit définitivement acquise, c'est-à-dire la cessation de tout travail réparateur naturel. Il convient aussi que toute manifestation syphilitique ait disparu depuis un certain temps.

La division congénitale du palais présente des degrés et des aspects variables. Elle est partielle ou totale, s'accompagne ou non de bec-de-lièvre avec ou sans division des arcades alvéolaires; elle est médiane, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de cloison, ou bien bilatérale; dans ce cas, le vomer existe; la division peut être latérale et la cloison vient s'insérer sur le bord de la division. Tantôt la fente est très étroite, c'est plutôt une fissure; les deux apophyses palatines du maxillaire supérieur sont inclinées vers la ligne médiane. Elles sont au contraire quelquefois fortement déjetées en dehors, dirigées presque verticalement, et la division est alors très large. Ces degrés, ces variétés, impriment sans doute quelques modifications aux procédés opératoires, mais de très minime importance, car l'uranoplastie a des règles fixes applicables à tous les cas.

Deux questions sont d'abord à résoudre: Faut-il opérer les divisions congénitales de la voûte palatine? A quel âge faut-il pratiquer l'opération?

Il est incontestable que la prothèse a fait de grands progrès depuis une vingtaine d'années et qu'un bon appareil rend au malade de signalés services. Dans sa leçon clinique du 1^{er} mars 1860, Nélaton, établissant le parallèle entre la prothèse et l'autoplastie, concluait sans hésitation en faveur de la prothèse, et présentait à son auditoire un jeune homme atteint de division complète

de la voûte et du voile qui parlait très correctement après huit mois seulement d'appareil. Jamais, disait-il, l'autoplastie ne donne un pareil résultat. Si nous ajoutons qu'à cette époque l'antisepsie chirurgicale n'existait pas et que les résultats opératoires étaient moins souvent favorables qu'aujourd'hui, on conçoit que Nélaton hésitât à employer une opération difficile, pénible pour l'opéré et pour l'opérateur, incertaine dans ses résultats immédiats ou plastiques et incomplète dans ses résultats fonctionnels, lorsqu'il avait à sa disposition un moyen simple, facile, non douloureux et pour le moins, pensait-il, aussi efficace. J'ai entendu raconter l'histoire d'un malade, qui n'ayant trouvé aucune amélioration dans le timbre de sa voix à la suite de la staphylorrhaphie, se fit à nouveau diviser le voile du palais pour porter un appareil prothétique. Nous avons certainement plus de chances aujourd'hui d'obtenir un résultat opératoire satisfaisant, et nous pouvons endormir les malades en les opérant la tête renversée; d'autre part, l'expérience a démontré qu'il est possible d'obtenir avec une éducation convenable des résultats fonctionnels complets à la suite de l'autoplastie. De plus, il est incontestable qu'il est préférable pour un malade de posséder, à mérite égal, un véritable palais, plutôt qu'un palais en caoutchouc. Les appareils prothétiques sont coûteux, demandent un certain entretien, doivent être remplacés et conviennent peu par conséquent aux personnes de la classe pauvre. Il ne me paraît donc pas douteux que le devoir du chirurgien est de conseiller l'autoplastie dans les cas de division congénitale de la voûte palatine, après avoir exposé au malade et à sa famille les avantages et les inconvénients des deux méthodes.

On vous posera certainement cette question : Êtes-vous sûr que l'opération fera disparaître le nasonnement d'une manière complète? Ne vous engagez pas trop sur ce point, car vous ne pouvez avoir de certitude, le résultat définitif dépendant souvent de l'intelligence du sujet et de l'éducation vocale qu'il recevra ultérieurement. Il se peut aussi que malgré une restauration parfaite la voûte et le voile restent relativement atrophiés, ce qui s'oppose au rétablissement complet de la fonction.

J'ai dit plus haut que le bec-de-lièvre compliqué ne devait pas être opéré dès la naissance à cause de la perte de sang qu'entraîne l'opération. Je ferai *à fortiori* la même remarque en ce qui concerne l'uranoplastie : ce serait exposer grandement la vie de l'en-

fant que de l'opérer dans les premiers mois de la vie. Il faut attendre plusieurs années; on conçoit d'ailleurs qu'il faille sous ce rapport tenir compte de la constitution du sujet, mais on peut en général opérer de huit à onze ans, âge auquel les muscles peuvent encore être soumis à une gymnastique convenable.

Procédé opératoire de l'uranoplastie. — Si le sujet est suffisamment avancé en âge pour s'armer de courage, il est possible d'opérer sans chloroforme, car le temps vraiment douloureux, le temps du décollement, est de peu de durée : mais, s'il s'agit d'un enfant de huit à dix ans, l'anesthésie est indispensable.

Jusqu'à présent, j'ai opéré sans chloroforme et tenu mes malades assis : mais le sujet endormi doit nécessairement être couché, et la meilleure position à donner à la tête est de la renverser en arrière en débordant le lit. Au lieu d'opérer de bas en haut dans la bouche, le chirurgien opère de haut en bas, et le sang sort au dehors au lieu de tomber dans le pharynx; la bouche sera maintenue ouverte à l'aide d'un bâillon.

Je n'ai pas à discuter ici les divers procédés d'uranoplastie; d'ailleurs il n'y en a qu'un seul bon, celui de M. Baizeau, dit procédé à double pont de lambeaux. Le temps principal de l'opération, celui dont dépend le résultat, c'est la confection des lambeaux destinés à combler la perforation ou la division, et je répète que le procédé opératoire est identique dans les deux cas. L'accident le plus redoutable, celui qui jusqu'à notre époque avait rendu l'uranoplastie impraticable, c'est la gangrène des lambeaux. J'ai étudié ce point spécial avec quelques détails dans un Mémoire publié en 1872, ainsi que dans mon *Traité d'anatomie topographique*, et j'ai montré que cet accident serait à coup sûr évité, si l'on conservait dans le lambeau l'artère palatine postérieure. C'est en évitant de couper cette artère que l'on se met également à l'abri de l'hémorrhagie primitive et secondaire qui constitue un accident moins grave sans doute que la gangrène, mais très gênant. Me basant sur le siège qu'occupe dans le palais l'artère palatine postérieure, j'ai établi le point où il fallait *toujours* pratiquer les incisions latérales afin d'avoir l'artère dans le lambeau. En autoplastie, il est de règle de donner au lambeau une largeur en rapport avec l'étendue de la perte de substance qu'il s'agit de combler, mais cette règle n'est pas applicable à l'uranoplastie, et j'ai cru devoir formuler ce précepte : *Quelle que soit*