

l'étendue de la perte de substance ou de l'écartement des apophyses palatines, les incisions latérales doivent porter sur le même point de la voûte. L'incision sera donc pratiquée aussi excentriquement que possible (fig. 27), en longeant l'arcade alvéolaire, sur le collet des dents.

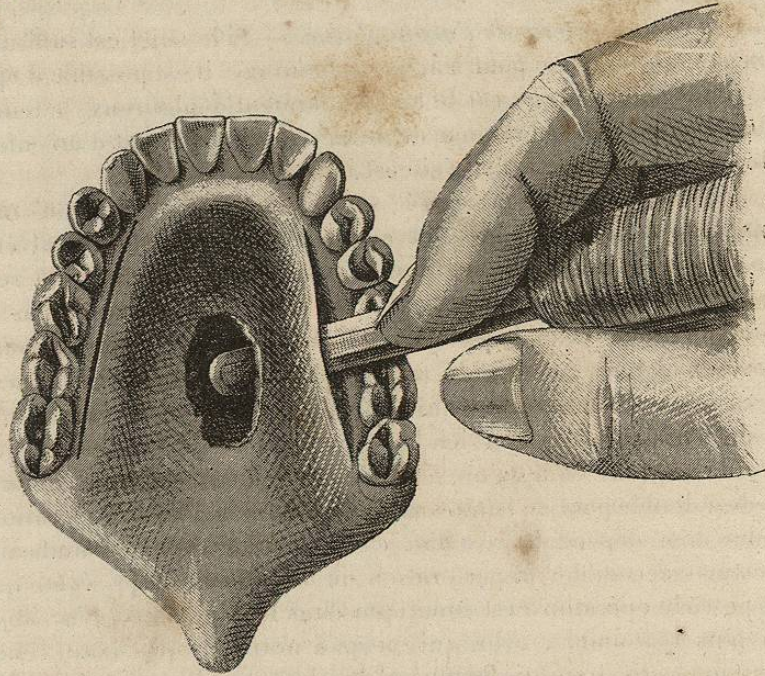


Fig. 27. — Uranoplastie. Cette figure a pour but de montrer le point où doivent porter les incisions latérales et le mode de décollement des lambeaux.

Voici maintenant le procédé opératoire et la succession des temps dont il se compose :

1° *Incision latérale.* — Pratiquer avec le bistouri une incision allant jusque sur l'os, et étendue de la dernière grosse molaire à la canine.

2° *Décollement.* — Introduire par cette incision une spatule ou une rugine mousse, et à l'aide de pesées successives décoller la fibro-muqueuse dans toute l'étendue comprise entre les limites de l'incision et entre celle-ci et la perforation ; l'extrémité de la spatule doit pénétrer dans la perforation, afin que le décollement soit complet. La même manœuvre est ensuite pratiquée du côté opposé. La fibro-muqueuse palatine représente alors, de chaque

côté de la perforation, un pont flottant qui se continue en avant et en arrière avec la partie non décollée et qui contient dans son épaisseur les vaisseaux et nerfs du palais. Si le décollement devait porter en arrière plus loin que la dernière grosse molaire, quand on restaure, par exemple, en même temps le voile du palais, il faudrait procéder avec ménagement au niveau de la grosse molaire, en se rappelant que c'est à ce niveau que la palatine postérieure sort du canal palatin pour pénétrer dans les parties molles de la voûte.

Le décollement constitue le temps difficile, douloureux, de l'uranoplastie, et l'opération peut être considérée comme presque achevée quand il est bien effectué, ce qui demande à peine quelques minutes. On laisse alors reposer le malade, s'il n'est pas endormi (et je conseille de ne pas endormir les adultes); il se lave la bouche et on attend qu'il ne s'écoule plus de sang.

3° *Aviver les bords de la perforation.* — Ce temps est à la rigueur inutile, puisque les bords étant décollés de l'os se trouvent par là même saignants, et j'ai pu obtenir des réunions sans rien retrancher de la muqueuse; cependant, comme ces bords sont très amincis, il est préférable d'en retrancher un petit liséré, afin de leur donner surtout plus d'épaisseur.

4° *Suturer les lambeaux.* — La suture est faite avec des fils métalliques en argent ou en or. On se sert d'une aiguille analogue à celle de Reverdin ou bien d'une aiguille courbe ordinaire. Grâce à l'abaissement facile des deux lambeaux flottants, ce temps est en général assez facile. Lorsque le rapprochement est effectué, il reste de chaque côté une surface plus ou moins large (fig. 28) constituée par le squelette de la voûte palatine, mais il ne survient pas de nécrose et ces surfaces s'oblitérent rapidement.

Le malade sera nourri à la cuiller avec des aliments liquides pendant les premiers jours; les sutures seront enlevées du cinquième au sixième jour.

Lorsque la division est unilatérale, je suppose, et que la cloison des fosses nasales vient s'implanter sur l'un des bords de la division, on pourrait, à l'exemple de M. Lannelongue, détacher un morceau de la pituitaire et le rabattre pour combler la perte de substance.

Lorsque M. Baizeau découvrit son procédé d'uranoplastie, il est bien évident qu'il comprenait le périoste de la voûte palatine dans ses lambeaux, et j'ajoute même qu'il n'aurait pu faire autre-

ment en pratiquant le décollement, puisque muqueuse et périoste ne font qu'une seule et même membrane : aussi ne puis-je comprendre que des chirurgiens, même français, persistent à attribuer à Langenbeck le mérite d'avoir fait la première uranoplastie sous-périostique.

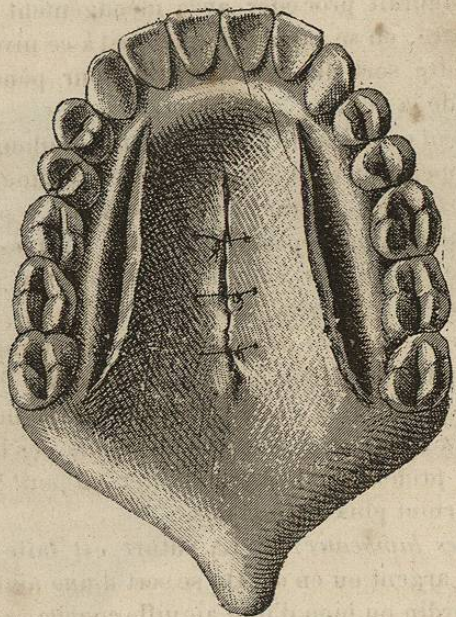


Fig. 28. — Uranoplastie après la réparation de la perte de substance.

Simon et Fergusson, imités en France par M. Lannelongue, ont divisé à la fois la fibro-muqueuse et l'os sous-jacent de façon à mobiliser un lambeau ostéo-muqueux. Je préfère pour mon compte le procédé de M. Baizeau tel que je l'ai décrit.

Maladies du voile du palais.

Le voile du palais est susceptible, comme la voûte, d'être atteint par des blessures de diverse nature, des plaies par armes à feu en particulier. Le chirurgien incise quelquefois lui-même le voile du palais comme temps préliminaire de l'ablation d'une tumeur développée en arrière et au-dessus de lui. Je n'ai rien à dire de ces plaies, sinon qu'il faut réparer le voile quand cela est possible par le procédé que j'indiquerai plus loin.

A. Ulcérations. — Les *ulcérations* du voile du palais sont fréquentes. Elles peuvent être de nature tuberculeuse, mais reconnaissent beaucoup plus souvent comme cause la syphilis. On y observe des plaques muqueuses, surtout au niveau des piliers, mais ce sont surtout des gommés qui se développent dans son épaisseur. Ces tumeurs gommeuses se ramollissent, s'ulcèrent et finissent par perforer le voile. Les ulcérations cancéroïdales, fréquentes sur les piliers, se développent très rarement sur le voile lui-même. Ce que j'ai dit du diagnostic différentiel des ulcérations de la voûte s'applique à celles du voile, et je répète qu'il faut se hâter d'avoir recours au traitement spécifique par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium, ce qui permet d'éviter la perforation et même de la guérir dans certains cas.

Les ulcérations du voile du palais, lorsqu'elles coexistent avec des lésions semblables de la paroi postérieure du pharynx, sont susceptibles de déterminer à la longue une lésion singulière, très rare, il est vrai, consistant dans la soudure du voile à la colonne vertébrale, de telle sorte qu'il n'existe plus de communication entre les fosses nasales et la bouche. Il n'est pas nécessaire d'insister sur les troubles physiologiques qu'entraîne cette lésion contre laquelle, d'ailleurs, il n'y a le plus souvent rien à faire.

B. Tumeurs du voile du palais. — Le voile du palais peut être le siège de tumeurs de nature diverse, mais il en est une spéciale à cette région, c'est l'*adénome*. Je rappellerai que les deux faces du voile sont tapissées par une membrane muqueuse, et que sous chaque muqueuse existe une épaisse couche de glandes en grappe. Il y a donc deux couches de glandes, l'une supérieure, l'autre inférieure. Chacune d'elles peut être le point de départ d'une tumeur adénoïde, mais c'est principalement aux dépens de la couche inférieure ou buccale que celle-ci se développe. Les deux couches sont séparées l'une de l'autre par les muscles staphylins, mais surtout par l'aponévrose palatine. Cette aponévrose fortement tendue entre les deux apophyses ptérygoïdes détermine la direction que prend la tumeur : l'adénome supérieur fait saillie dans le pharynx nasal, l'adénome inférieur se développe vers la cavité buccale.

Le diagnostic de l'adénome nasal présente une certaine difficulté. Il déprime légèrement le voile, fait vers l'orifice postérieur des fosses nasales une saillie en rapport avec son volume et

donne naissance à des signes à peu près identiques à ceux d'un polype fibreux de l'orifice postérieur. Le principal élément de diagnostic est le suivant : introduisez l'index derrière le voile du palais, recourbez-le en crochet, explorez la face supérieure, et vous constaterez aisément que la tumeur fait corps avec le voile lui-même. J'ai publié un cas très net de cette variété d'adénome dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 mars 1885, où j'ai établi plus longuement les bases du diagnostic différentiel.

L'adénome buccal, celui qui prend son point de départ dans la couche glandulaire inférieure, se développe exclusivement du côté de la bouche. Il fait une saillie en rapport avec son volume et peut remplir complètement l'isthme du gosier, au point de s'opposer à la respiration et à la déglutition.

L'adénome du voile du palais, qu'il soit nasal ou buccal, présente une consistance rénitente et une marche lente, les caractères, en un mot, propres aux adénomes en général. Toutefois, un caractère particulier aux adénomes palatins, c'est qu'ils sont très facilement énucléables. Il en résulte que le traitement doit consister en une simple incision pratiquée à leur surface; une pince à griffe et une spatule suffisent pour compléter l'opération. Dans le cas auquel je fais allusion plus haut, je dus fendre préalablement le voile pour arriver sur la tumeur, que je pus énucléer avec le doigt.

C. Vices de conformation du voile du palais. — Le voile du palais peut être atteint de division congénitale, laquelle occupe toujours la ligne médiane; la division peut être limitée à une partie du voile ou bien à tout le voile; elle peut s'accompagner de la division partielle ou totale de la voûte palatine avec bec-de-lièvre, ce qui constitue la gueule-de-loup.

Non seulement le voile peut être divisé sur la ligne médiane, il est parfois aussi atrophié, circonstance importante à noter au point de vue de la staphylorrhaphie, car alors, même après une opération bien réussie, on n'obtient qu'un résultat très médiocre tant au point de vue plastique qu'à celui du rétablissement fonctionnel; peut-être dans ce cas vaudrait-il mieux s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Je répéterai pour le voile ce que j'ai dit à propos de la voûte, c'est que l'autoplastie doit être préférée à la prothèse, toutes les fois qu'il y a chances d'obtenir un résultat favorable, c'est-à-dire lorsque l'étoffe est suffisante. On doit attendre le même âge pour

agir, huit à dix ans. L'emploi du chloroforme est moins nécessaire que pour l'uranoplastie, car l'opération est beaucoup moins douloureuse, surtout grâce à l'emploi de la cocaïne. J'ai ainsi opéré dernièrement une jeune fille d'une douzaine d'années qui n'a pas senti l'avivement; le passage seul des fils a été un peu douloureux. Cependant il faut avoir affaire à un enfant très docile, sans quoi le chloroforme est indispensable, et on opérera la tête renversée en arrière. Chez un adulte, l'anesthésie est inutile.

Staphylorrhaphie. — On désigne sous ce nom l'opération destinée à réunir les deux moitiés divisées du voile du palais. Elle se compose de deux temps, l'avivement et la suture. L'avivement doit porter sur toute l'épaisseur des bords, afin de pouvoir opposer entre elles des surfaces d'une certaine largeur; la lèvre droite de la division doit être avivée de la main gauche et réciproquement. On se servira d'une longue pince à griffes pour saisir le voile et d'un bistouri à lame mince et étroite. Je conseille de faire l'avivement de bas en haut, afin de ne pas être gêné par le sang.

La suture est le temps difficile de la staphylorrhaphie, et l'on a imaginé un certain nombre de procédés surtout pour passer le fil d'arrière en avant dans la lèvre droite de la division, mais aujourd'hui nous nous servons d'une aiguille à manche analogue à celle de Reverdin, et nous traversons les deux lèvres du même coup, comme dans une suture ordinaire. Ce temps opératoire se trouve ainsi beaucoup simplifié.

On emploiera des fils métalliques fins en nombre nécessairement variable, assez rapprochés les uns des autres. Lorsque tous les fils sont passés, faites le rapprochement des bords de la division et assurez-vous que la coaptation s'effectue sans effort, sans tiraillement, sans tension trop prononcée. Il ne reste plus alors, après avoir attendu que les surfaces saignantes soient sèches, qu'à fixer chacun des points de suture en procédant d'avant en arrière. Je fixe en général les fils par la torsion.

Si l'on constate que les lèvres de la division se rapprochent difficilement, et que le voile soit alors fortement tendu, il est indispensable de pratiquer sur les parties latérales et de chaque côté une incision libératrice parallèle à la division. On incise avec le bistouri couche par couche jusqu'à ce que le rapprochement s'effectue sans effort; c'est la seule règle qu'il soit, à mon sens, utile de formuler quant à la profondeur à donner aux incisions latérales.

Le malade sera nourri à la cuiller ou au biberon avec des aliments liquides pendant les trois ou quatre premiers jours, et les fils seront enlevés le cinquième ou le sixième jour.

5° MALADIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Le plancher de la bouche peut se décomposer en deux parties dont l'une contient la langue et l'autre la glande sub-linguale. J'étudierai tour à tour les maladies de ces deux régions.

Maladies de la langue.

Les *lésions traumatiques* de la langue : plaies, contusions, corps étrangers, sont rares et ne présentent rien de spécial. Les morsures sont plus communes, chez les épileptiques, par exemple : on ferait au besoin une suture, si un lambeau était détaché. Je n'ai rien à dire des brûlures.

La langue est susceptible de se tuméfier dans le cas de *glossite*, et la tuméfaction se développe avec une extrême rapidité. C'est ce que nous voyons souvent à la suite de l'emploi du thermo-cautère, dans la stomatite mercurielle, etc. ; l'application d'une substance septique sur la langue produit le même effet : un individu qui avait sottement parié de manger un crapaud, vit sa langue prendre un développement énorme et succomba asphyxié. Un malade présentait dernièrement dans mon service une glossite due à une gangrène cachectique du plancher de la bouche.

Quelle que soit la cause du gonflement, les malades éprouvent une gêne considérable de la déglutition, de la phonation, mais surtout de la respiration, à ce point qu'ils peuvent succomber à l'asphyxie. S'il existait un phlegmon du plancher de la bouche ou de la région sus-hyoïdienne, il faudrait pratiquer sans retard un large débridement. Si le gonflement ne porte que sur la langue et devient menaçant, faites une incision profonde sur la face dorsale et, si la situation ne s'améliore pas, ayez recours à la trachéotomie.

Je rapprocherai de cette affection celle beaucoup plus rare décrite sous le nom de *macro-glossie* et qui est congénitale, ou plutôt qui se développe dans les premières années de l'existence.

La langue peut prendre un volume tel qu'elle n'est plus contenue dans la bouche et pend au dehors. On devine aisément les troubles multiples qui en résultent. Si la vie de l'enfant était compromise, il faudrait nécessairement agir et retrancher la partie excédente de l'organe, bien que cette opération présente de graves dangers, surtout à cause de l'hémorrhagie possible. La méthode de diérèse que je préférerais serait l'excision avec le bistouri ou les ciseaux d'une portion de langue préalablement cernée avec de longues pinces hémostatiques laissées en place pendant vingt-quatre heures après l'opération. Le thermo-cautère fournit sans doute, s'il est bien dirigé, une hémostase primitive suffisante, sinon complète, mais il expose beaucoup à l'hémorrhagie secondaire lors de la chute des eschares ; l'écraseur linéaire serait préférable.

La glossite peut se terminer par la production d'un *abcès* développé au sein des fibres musculaires de la langue. Cet abcès diffère de ceux observés dans les autres régions en ce qu'il présente une consistance ferme qui le fait ressembler à une tumeur solide ; la fluctuation y est fort difficile à percevoir, et c'est en se basant surtout sur le mode de développement et la marche de l'affection que l'on en pourra établir le diagnostic. L'ouverture au bistouri est le seul traitement convenable.

Lésions organiques de la langue. — Les lésions organiques de la langue se manifestent sous deux formes distinctes : à l'état de tumeur non ulcérée, à l'état d'ulcération.

Les *tumeurs de la langue* peuvent être divisées cliniquement en deux groupes : les *tumeurs rares* et les *tumeurs communes*.

Le groupe des tumeurs rares comprend : les anévrysmes, les angiomes, les kystes, les lipomes et les fibromes. Ce sont du moins celles qui ont été jusqu'à ce jour rencontrées dans l'épaisseur de la langue. On voit qu'elles peuvent être elles-mêmes subdivisées en solides et en liquides.

Les tumeurs communes sont le syphilome et l'épithéliome.

Le syphilome lingual peut être *diffus* ; il existe alors une induration plus ou moins étendue de l'organe occupant soit les couches superficielles, soit les couches profondes ; c'est une sorte de sclérose de la langue. Il peut être *circonscrit* et se présenter sous la forme d'une gomme.

L'épithéliome est tantôt *superficiel* et revêt l'aspect d'un papil-