

Pour pratiquer *l'avivement* on saisit, à l'aide d'un crochet pointu, la lchette par sa face postérieure, et l'on attire en avant par ce moyen le voile du palais de façon à tendre ce dernier, puis on enfonce le bistouri dans le voisinage de l'érigne et l'on incise d'arrière en avant les bords de la fissure jusqu'à l'angle antérieur de cette dernière au niveau du palais dur; cette incision est faite un peu obliquement de façon à comprendre une zone plus large de tissu à la face antérieure qu'à la face postérieure du voile. L'angle antérieur doit être avivé avec soin, puis on répète la même opération sur l'autre bord de la solution de continuité. Pour aviver le côté droit de la fissure il faut changer de main; l'érigne sera tenue de la main droite et le bistouri de la gauche; si l'on n'a pas la main gauche suffisamment exercée, on se placera en arrière du malade pour cette partie de l'avivement. Les bandelettes ainsi détachées et n'adhérant plus qu'à la lchette, sont séparées de cette dernière au moyen de ciseaux coudés.

L'état des lambeaux après l'avivement décidera si l'on doit ou non pratiquer des incisions de détente. On aura alors à choisir entre le procédé de DIEFFENBACH qui consiste à faire parallèlement à la ligne de suture des incisions ne comprenant que la muqueuse et s'étendant du bord postérieur du voile jusqu'au palais dur, et celui de FERGUSSON qui conseillait de diviser également les muscles palatins (élevateur du voile du palais et pharyngo-staphylin). Pour cette dernière opération on se sert d'un ténotome à forte courbure, que l'on enfonce de dehors en dedans et d'avant en arrière directement au-dessous du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, et que l'on ramène ensuite par des mouvements de scie jusque sur le bord postérieur des os palatins. En rapprochant les deux moitiés avivées du voile on peut déjà reconnaître si ces incisions de détente sont nécessaires et si la difficulté de la réunion tient à l'insuffisance de la muqueuse ou à l'action des muscles palatins. Un certain nombre de chirurgiens ne pratiquent ces incisions de détente qu'une fois la suture terminée, car c'est alors seulement, disent-ils, que l'on peut en apprécier la nécessité.

Dans un certain nombre de staphylophories il est, du reste, absolument impossible de pratiquer la suture sans avoir préalablement détaché la membrane muco-périostée de la partie postérieure du palais dur. La tension des lambeaux est si grande au niveau de l'angle supérieur de l'avivement où l'on rencontre la voûte osseuse du palais, que pour obtenir la réunion on est obligé de mobiliser la couche muco-périostée suivant le procédé que nous décrirons à propos de l'uranoplastie.

La suture sera pratiquée après *l'hémostase*. Presque toujours l'hémorragie s'arrête spontanément, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des moyens particuliers.

Pour la suture on se servira d'un porte-aiguille ordinaire long et étroit, et d'aiguilles courtes fortement recourbées et d'autres tout à fait droi-

tes. Je pratique ordinairement la suture de la manière suivante: Je fais d'abord quelques points de suture de détente et me sers dans ce but de fils épais armés d'une aiguille à chaque bout et passés de dedans en dehors. Entre ces sutures profondes je fais un certain nombre de sutures superficielles à l'aide de fils munis d'une seule aiguille. Dans les points où l'ablation ultérieure des fils pourrait offrir des difficultés, j'ai recours au catgut; mais habituellement je me sers de fils de soie aseptiques. Les aiguilles droites sont passées directement de la face buccale à la face nasale du voile du palais. Cette dernière méthode offre l'avantage de permettre de mieux préciser les points d'entrée et de sortie de l'aiguille (ROSER); il est bon de se servir d'aiguilles ayant une forme quadrangulaire à leur extrémité mousse, afin qu'elles puissent être fixées dans n'importe quelle position entre les mors de la pince. Dès que l'aiguille apparaît à travers les bords de la fissure, on la saisit et la retire avec une petite pince à pansements ou un autre instrument analogue.

En Allemagne on fait assez généralement usage actuellement d'une aiguille montée sur manche, inventée par LANGENBECK pour l'uranoplastie. Cette aiguille est introduite de la face buccale à la face nasale du voile du palais. Elle est creuse et présente près de sa pointe une petite encoche latérale, au niveau de laquelle on peut faire saillir un petit crochet à ressort, dès que l'extrémité de l'instrument, après avoir traversé le voile du palais, apparaît entre les lèvres de la plaie. A ce petit crochet qui est en or, un aide adapte une anse de fil à l'aide d'un instrument spécial, puis on fait rentrer le crochet dans sa gaine, et en retirant l'instrument on entraîne le fil à travers le trajet de l'aiguille. Le même fil est ensuite passé d'une façon exactement semblable à travers l'autre lèvre de la fissure. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions décrire les divers autres instruments qui ont été imaginés dans le même but: leur nombre est légion. Nous dirons seulement que l'on a inventé aussi des instruments en forme de pinces, qui permettent de saisir le bord avivé du voile du palais et de passer en même temps les fils de suture. Dernièrement PASSAVANT a fait construire un appareil basé sur ce principe, et ayant une certaine analogie avec une machine à coudre; cet auteur conseille surtout son emploi dans la *staphylo-pharyngographie*.

On a souvent fait usage de fils de fer ou d'argent dans la staphylophorie. Ils sont plus difficiles à passer que les fils de soie, et plus difficiles encore à enlever. C'est pourquoi nous donnons la préférence à la soie de Chine, bien cirée, et nous nous servons de fils très fins ou d'un numéro moyen.

On applique les sutures successivement d'avant en arrière; 4 ou 5 sutures sont ordinairement suffisantes. Pour éviter de confondre les fils lorsqu'il s'agira de les nouer, il est bon de passer les deux bouts de chaque suture à travers une fente pratiquée dans une feuille de carton,

maintenue au-devant de la bouche. Ce morceau de carton doit avoir, par conséquent, autant de fentes qu'il y a de sutures à faire. Le bandeau frontal de LANGENBECK, appliqué dans le même but, et dans lequel on engage les extrémités des fils, est également d'un emploi très commode. On noue successivement les différents fils de suture pendant qu'un aide, armé d'un crochet pointu, veille à ce que les bords de la plaie soient affrontés très exactement. Comme les fils se détachent facilement dans la cavité buccale, il est bon de faire un triple nœud, ou bien le nœud chirurgical suivi du nœud simple. Quelquefois, pour nouer fortement les fils, on se sert avec avantage d'un petit instrument en forme de béquille. Si l'on n'a pas encore pratiqué d'incisions de détente, une fois les sutures terminées on examine le degré de tension des bords de la plaie; si l'on constate alors que le voile du palais est fortement tendu dans le sens transversal, on fait, suivant les circonstances, l'incision de DIEFFENBACH ou celle de FERGUSSON. L'opération est suivie de l'application d'un peu d'iodoforme sur la plaie, du côté nasal aussi bien que du côté buccal.

§ 139. — L'avivement du voile du palais, tel que nous venons de le décrire, est aussi indiqué (et c'est par lui qu'on commence) dans les cas où, le palais osseux étant également divisé, on veut pratiquer en une seule séance l'uranoplastie et la staphyloraphie.

On sait que dans la méthode de LANGENBECK on cherche à obtenir l'occlusion d'une perte de substance du palais dur en décollant le revêtement muco-périosté de la voûte palatine sur une étendue suffisante pour que les deux ponts de tissu ainsi formés puissent être déplacés horizontalement et réunis l'un à l'autre par des sutures. Les deux lambeaux décollés se trouvent ramenés ainsi sur le même plan, tandis qu'auparavant ils formaient entre eux un angle; aussi peuvent-ils être facilement affrontés par leurs bords internes. Toutefois, pour arriver à ce résultat, il faut avoir à sa disposition des lambeaux très mobiles, ce que l'on obtient le plus souvent en les décollant sur une grande étendue, de façon à constituer en quelque sorte un pont n'adhérant à l'os que par ses deux extrémités. D'autre part, pour que la nutrition des lambeaux soit assurée, il importe que les points où ils sont en continuité avec l'os contiennent les principaux vaisseaux nourriciers. Le conduit palatin postérieur contient l'artère palatine supérieure qui, à sa sortie du canal osseux, se divise en trois branches: une branche postérieure destinée au pharynx, une moyenne qui se rend dans le voile du palais, et une antérieure ou *artère palatine postérieure*, qui se distribue dans le palais dur, et qui seule nous intéresse actuellement. Cette artère se dirige d'arrière en avant, sur et dans le périoste du palais, donne de nombreux rameaux à l'os et à la muqueuse, et s'anastomose avec la palatine antérieure, branche de la sphéno-palatine, après sa sortie du canal palatin antérieur; elle s'anastomose également avec l'artère palatine postérieure du côté opposé. La

nutrition des lambeaux se trouve donc assurée lorsqu'ils possèdent un pédicule postérieur contenant l'origine de l'artère palatine postérieure, et un second pédicule correspondant au conduit palatin antérieur.

L'artère palatine postérieure a été, cependant, assez souvent divisée à sa sortie du conduit osseux correspondant sans que l'hémorragie ait été excessive ou que le lambeau se soit mortifié par défaut de nutrition. TRÉLAT a même dans ces derniers temps conseillé un procédé d'uranoplastie consistant à détacher le voile du palais du bord postérieur des os palatins, sans s'occuper davantage de l'artère palatine que lorsque l'incision est pratiquée le long du bord alvéolaire, et cependant les opérations pratiquées dans ces conditions n'ont eu aucun des inconvénients que nous venons de signaler.

Le lambeau décollé de la surface de l'os n'a sa nutrition assurée que s'il comprend le **périoste**; ce dernier contient, en effet, les vaisseaux nourriciers, lesquels envoient de petits rameaux artériels dans la muqueuse et dans l'intérieur de l'os. Le décollement et la réunion des lambeaux ont pour conséquence la **formation d'un nouveau palais osseux** dû à la néoplasie périostale, et ce résultat est obtenu sans aucun préjudice pour l'os dont on a détaché le revêtement muco-périosté.

Nous nous bornerons à indiquer ici brièvement les règles à observer dans l'uranoplastie, et nous renvoyons les chirurgiens qui auraient à pratiquer cette opération aux travaux spéciaux concernant cette dernière, et particulièrement aux publications classiques de LANGENBECK (*Archives de Langenbeck, vol. 2 et 3*).

Outre les instruments déjà mentionnés plus haut, qui servent à écarter les commissures labiales et à maintenir la bouche ouverte, on aura à sa disposition des pinces à griffes, des érignes, un bistouri bien tranchant à lame convexe pour l'avivement, ainsi qu'un ténotome en forme de faucille, monté sur un long manche et destiné à pratiquer la section des muscles du palais, enfin, et avant tout, des instruments en forme de rugine ou d'élévatoire servant à détacher le périoste. Pour commencer le décollement, il faut se servir d'instruments un peu tranchants, tels qu'une rugine recourbée en forme de crochet, et une autre analogue au pied-de-biche des dentistes, mais avec la différence qu'elle présente une extrémité régulière, myrtiforme, presque tranchante; ces instruments sont surtout nécessaires pour détacher le périoste au point où il se réfléchit sous la muqueuse nasale, lorsque les deux moitiés du palais divisé affectent une direction plus ou moins verticale. On peut très bien, pour ce temps de l'opération, se servir d'élévatoires recourbés de largeur variable, à extrémité mousse et de formes différentes suivant les cas. Je n'ai jamais recours à un autre instrument pour décoller le périoste. Dès que l'on est parvenu à détacher cette membrane sur une certaine étendue, on continue le décollement avec des rugines mousses de courbures différentes. Il est bon également d'avoir sous la main des bistouris de forme