

spéciale, recourbés sur le plat, pointus ou boutonnés, et servant à détacher le voile du palais du bord postérieur des apophyses palatines, ce qui n'est pas sans offrir certaines difficultés.

Pour pratiquer l'uranoplastie dans les cas de fissure double avec direction à peu près horizontale des bords de cette dernière, on procède de la manière suivante :

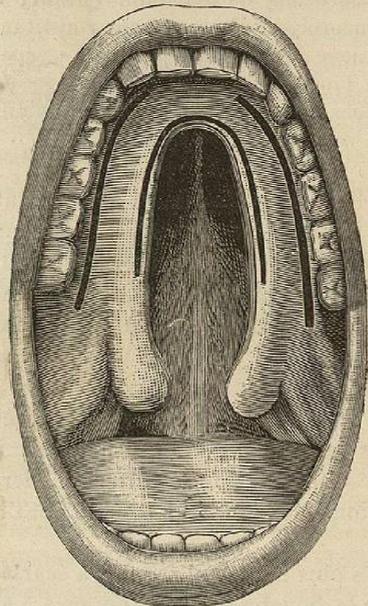


Fig. 89. — Direction à donner aux incisions dans les cas de fissure double du palais (Archives de LANGENBECK, V. p. 17).

Si l'on veut pratiquer l'uranoplastie et la staphyloraphie dans la même séance, on commence par faire l'avivement des bords de la fissure du voile de la manière décrite dans le paragraphe précédent; puis vient l'avivement des bords de la fente du palais dur. A trois ou quatre millimètres du bord libre de cette dernière on divise d'arrière en avant et de bas en haut la muqueuse et le périoste à l'aide du bistouri à lame convexe; ce temps de l'opération est parfois très difficile à cause de l'irrégularité de la surface osseuse sous-jacente, ce qui a engagé SIMON et d'autres opérateurs à ne pratiquer l'avivement qu'après avoir décollé les lambeaux. Puis vient la ténotomie des muscles du palais (élévateur du voile du palais et pharyngo-staphylin); on se sert dans ce but d'un bistouri en forme de faucille, dont on tourne le tranchant en haut, et que l'on enfonce, de dehors en dedans et d'avant en arrière, directement au-dessous et un peu en dehors du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, jusqu'à ce que la pointe de l'instrument vienne butter contre la paroi postérieure du pharynx; puis on divise d'arrière en avant le voile du palais dans toute son épaisseur jusqu'au niveau du bord postérieur des os palatins (environ 2 centimètres).

On pratique ensuite les incisions latérales à travers le revêtement muco-périosté du palais; ces incisions sont faites jusque sur l'os tout près de l'arcade alvéolaire. On obtient ainsi, comme le montre la figure ci-contre, des lambeaux dont les pédicules correspondent aux artères antérieures et postérieures du palais. Il n'est pas nécessaire de pratiquer les incisions dans toute l'étendue du rebord alvéolaire; on peut, en effet, les interrompre dans certains cas, ce qui assure mieux la continuité des

lambeaux avec le reste de la muqueuse. Puis vient le décollement des lambeaux que l'on opère à l'aide d'une rugine en forme de pied-de-biche en commençant au niveau du rebord alvéolaire; dès que l'on est parvenu à introduire un levier mousse sous le périoste, on se sert d'un élévatoire pour continuer à détacher le lambeau de la surface osseuse, en imprimant à l'instrument des mouvements de levier avec les précautions nécessaires. Cette manœuvre est difficile à exécuter au début à cause des irrégularités de la surface de l'os, mais plus on avance et plus le décollement s'opère facilement. Dès que le lambeau a été décollé jusqu'au niveau du bord postérieur de l'os palatin correspondant, on divise sur toute la largeur de ce bord le revêtement muqueux postérieur du voile du palais.

La membrane muco-périostée du palais se trouve ainsi complètement détachée de la surface de l'os, sauf en avant et en arrière au niveau des pédicules contenant les vaisseaux nourriciers, et elle s'affaisse alors dans la bouche avec le voile du palais de façon à prendre une position horizontale. Il devient ainsi facile de rapprocher l'un de l'autre les deux lambeaux latéraux et de les réunir par le procédé de suture décrit antérieurement. Environ 5 à 7 points de suture sont nécessaires pour assurer la réunion de la partie de la fissure correspondant au palais dur; les fils sont placés successivement d'avant en arrière, et leurs extrémités sont fixées provisoirement au bandeau frontal mentionné plus haut.

Lorsque les bords de la fissure palatine n'ont pas une position symétrique, lorsque l'un d'eux étant placé horizontalement, l'autre se dirige plus ou moins verticalement vers le vomer, on opère pour la partie horizontale de la manière décrite plus haut. Par contre sur la portion verticale on divise le périoste et la muqueuse au point où ils se continuent avec la muqueuse nasale, c'est-à-dire tout le long de la ligne qui forme la limite entre le vomer et l'apophyse palatine du maxillaire. Dans cette incision qui comprend toute la longueur de la fissure, on introduit d'abord une rugine recourbée en forme de crochet, et plus tard un élévatoire mousse également recourbé, et l'on détache le revêtement muco-périosté jusqu'au niveau du rebord alvéolaire. Le lambeau ainsi formé est en continuité avec la muqueuse gingivale dans toute sa longueur, ainsi qu'avec le voile du palais; il s'affaisse pour prendre une direction horizontale et se rapproche ainsi du lambeau en forme de pont qui a été préparé du côté opposé. La réunion ne pourrait être opérée aussi facilement si l'on voulait, comme dans le premier cas, laisser intacte la partie du revêtement palatin correspondant aux incisives.

Si les deux lèvres de la fissure avaient une direction verticale, il faudrait appliquer aux deux côtés le procédé décrit en dernier lieu. Mais alors, afin d'empêcher un affaissement trop considérable des lambeaux qui ne tiennent plus qu'au tissu de la gencive et au voile du palais lui-même décollé, on les réunira par quelques points de suture au vomer qui fait saillie au milieu de la fissure.

Pour ce qui concerne les **incisions latérales** de la voûte palatine, nous rappellerons encore une fois que dans certains cas il convient qu'elles soient non pas continues, mais bien interrompues, comme nous l'avons vu plus haut. SIMON ne les pratique qu'une fois la suture commencée; il noue les fils partout où la réunion peut s'opérer; puis il fait des incisions latérales à l'union de la partie décollée avec la partie adhérente du lambeau, dans une étendue suffisante pour pouvoir achever la suture. Entre les bords écartés des incisions latérales on introduit un tampon de gaze destiné à produire une détente permanente. Parfois les lambeaux sont assez larges pour pouvoir être réunis sans le secours des incisions latérales, ce qui a été précisément le cas dans deux opérations que j'ai eu l'occasion de pratiquer dernièrement. Mais on devra bien se garder d'y renoncer toutes les fois qu'il existe un certain degré de tension au niveau des sutures.

§ 140. — L'**hémorragie** qui souvent est très abondante à un certain moment, s'arrête presque toujours à la suite de l'injection d'eau glacée dans la bouche ou de la compression digitale. On a observé quelquefois des hémorragies secondaires qui, de même que les hémorragies primitives, se produisent à peu près exclusivement au niveau des incisions latérales. Dans un cas de ce genre SIMON arrêta l'écoulement du sang à l'aide de tampons de charpie au perchlorure de fer; ce moyen pourrait être essayé dans des circonstances analogues. — La mortification des lambeaux est rare, et elle a été quelquefois le point de départ d'un phlegmon et d'une pyémie mortelle (SIMON). La voûte palatine restaurée présente du reste toujours un certain degré de tuméfaction; la muqueuse rougit, et les nombreuses glandes du voile du palais secrètent du mucus en abondance. Un inconvénient sérieux est l'absence de réunion ou la réunion incomplète des incisions latérales au niveau du rebord alvéolaire. Les fentes qui en résultent ne peuvent être que très difficilement fermées par une opération ultérieure.

Les règles de l'antisepsie doivent être observées ici de la même manière que dans la staphylographie. Après l'opération on nettoie la cavité buccale et tout le champ opératoire avec des solutions désinfectantes, et l'on applique de l'iodoforme sur la ligne de suture et les incisions latérales. Il est cependant difficile d'éviter complètement la suppuration à la suite de l'uranoplastie.

Dans les premiers temps qui suivent l'opération, le malade doit s'abstenir de parler et ne prendre que des aliments liquides et des boissons en petites quantités et à des intervalles éloignés. S'il survenait un gonflement considérable de la région, on chercherait à la combattre par des compresses humides autour du cou. Les sutures sont enlevées du cinquième au dixième jour.

S'il reste une fissure de quelque importance par défaut de réunion de la plaie, on fera sans retard une nouvelle opération, car la guérison par

seconde intention entraînerait une rétraction cicatricielle et un raccourcissement plus considérable de la voûte palatine (SIMON).

Dans ces derniers temps j'ai pratiqué deux fois l'opération de SCHOENBORN qui consiste à tailler dans la paroi postérieure du pharynx un lambeau que l'on fixe par des sutures entre les deux moitiés avivées du voile du palais divisé. Si l'on place le patient la tête pendante, on peut faire cette opération avec l'anesthésie chloroformique (*voir plus haut*); toutefois, à mon avis, les difficultés sont ici plus grandes que dans les autres opérations que nous venons de décrire. Le lambeau triangulaire à base inférieure ainsi formé paraît, en général, se réunir facilement au voile du palais, bien qu'il soit assez maltraité pendant qu'on le détache du pharynx. Le procédé de SCHOENBORN est, du reste, d'exécution plus facile lorsqu'on le pratique avant l'uranoplastie. Jusqu'à présent je n'ai pas été du tout satisfait du résultat de ces opérations, et, comme je l'ai déjà dit antérieurement (§ 137), j'ai dû y renoncer provisoirement.

§ 141. — Quant aux perforations du palais dues à des processus inflammatoires et néoplastiques, nous renvoyons le lecteur à l'étude que nous en avons faite au commencement de ce chapitre; il ne nous reste donc qu'à parler du **traitement des pertes de substance acquises et cicatrisées de la voûte palatine**. Comme nous l'avons vu, c'est surtout la syphilis qui détermine volontiers des perforations situées sur la ligne médiane du palais dur, tandis que les pertes de substance latérales sont plus souvent la conséquence d'une nécrose partielle du rebord alvéolaire. Les perforations acquises de la voûte palatine déterminent les mêmes phénomènes, au point de vue de la phonation, que les fissures congénitales, bien que, dans le premier cas, le malade soit en possession de muscles palatins bien exercés, ce qui est d'un grand avantage au point de vue de l'articulation des sons. C'est le nasonnement qui alors constitue l'altération la plus apparente de la voix. Même les petites perforations peuvent, du reste, devenir fort désagréables par le fait du passage de parcelles alimentaires dans la cavité nasale.

Les inconvénients résultant d'une perforation acquise du palais dur peuvent être combattus d'une façon assez efficace par l'application d'obturateurs en caoutchouc préparé, qui restent fixés au palais dur par le fait de la pression atmosphérique; on peut également fermer des perforations du voile du palais au moyen d'une plaque molle et élastique de caoutchouc, laquelle étant fixée à une autre plaque recouvrant le palais dur, agit à la manière d'une valvule. Les appareils en forme de boutons de chemise sont moins pratiques, car ils ont l'inconvénient d'augmenter peu à peu l'étendue de la perte de substance.

Pour des motifs aisés à comprendre c'est à une opération plastique que l'on aura recours toutes les fois que la possibilité en aura été reconnue. Dans les cas de pertes de substance étendues, situées sur la ligne médiane, on emploiera de préférence le procédé de LANGENBECK décrit plus haut