

constituer des portions supplémentaires de lambeaux, dans le cas où les divisions congénitales de la voûte auraient été trop vastes et trop prolongées en avant pour être comblées en une seule fois. Ce serait un grave inconvénient que de séparer entièrement des os l'extrémité antérieure des lambeaux. Ceux-ci tomberaient dans la bouche de haut en bas et d'avant en arrière, et seraient extrêmement difficiles à soutenir et à affronter.

On s'est demandé s'il faut comprendre dans une seule opération les divisions congénitales du voile et celles du palais. Nous penchons vers l'affirmative, lorsqu'une portion seulement de la voûte se trouve fendue. Si la fissure occupe la totalité du palais, il est plus prudent de pratiquer en premier lieu la staphyloraphie, pour se donner un point d'appui en arrière, et on remet l'uranoplastie à une époque plus éloignée.

J'opposerai volontiers le fait suivant aux détracteurs de ces nouvelles opérations. J'avais pratiqué la staphyloraphie en 1860 à un jeune homme dont la voûte était en même temps fendue jusque vers sa partie moyenne, et je lui avais déclaré qu'il faudrait remédier à la division osseuse à l'aide d'un obturateur.

L'opération que je n'avais pas osé entreprendre en 1860, je l'ai pratiquée avec la plus grande confiance en 1864, et le malade que j'ai montré guéri à mes collègues, MM. Schützenberger et Boeckel, avait été débarrassé de son infirmité en quelques jours.

L'uranoplastie est, au reste, acceptée comme une opération usuelle, et les insuccès paraissent le résultat soit d'une division de la voûte d'une largeur exagérée, soit de quelque imperfection du manuel opératoire. La nouvelle voûte ne devient pas osseuse, mais elle offre une résistance fibreuse souvent très-considérable, et en tout cas suffisante pour rétablir la séparation des cavités buccale et nasale. Si des fissures persistent et qu'on ne puisse les oblitérer, on a recours aux obturateurs, dont l'application est d'autant plus facile et plus efficace que les ouvertures à combler sont moins larges. Dans quelques cas rares, on pourra voir des incrustations osseuses se produire dans l'épaisseur de la cicatrice, susceptible d'ossification comme tous les autres tissus de l'économie, et particulièrement dans les points en contact avec le périoste sain et non isolé, dont les ramifications ostéogéniques peuvent les envahir et les transformer.

*Perforations accidentelles du palais.* Les traumatiques se ferment souvent d'elles-mêmes, à moins qu'elles n'offrent de très-larges dimensions. D'autres proviennent de nécroses syphilitiques et ne peuvent être opérées avant la complète guérison de l'affection spécifique dont elles ont été la conséquence.

La méthode d'uranoplastie périostique dont nous venons de donner la description leur est applicable et en domine les indications. Nous rappellerons cependant quelques procédés déjà employés.

*Anaplastie française ou par glissement.* Nous y eûmes recours sur un militaire au Val-de-Grâce. La membrane muqueuse fut décollée à partir de chaque bord latéral de la perforation dans l'étendue de quelques millimètres; une suture en surjet réunit ensuite les lèvres rapprochées et avivées de la perforation. Le malade s'abstint de parler et de manger pendant le temps nécessaire à la cicatrisation. Le succès parut complet pendant quelques jours, puis les bords de plaie s'écartèrent et la perforation se rétablit.

Dans ce procédé on n'évite pas assez la tension des lambeaux et nous l'avons complètement abandonné.

*Procédé de Krimmer.* Deux lambeaux séparés des parties subjacentes et adossés par leur surface traumatique.

La simple élasticité des tissus fait obstacle au succès et compromet la réunion.

*Deux lambeaux comprenant les os.* Un médecin allemand nous a montré au Congrès de Wiesbaden, en 1852, le moule en plâtre d'une perforation de la partie antérieure de la voûte palatine, qu'il avait guérie en séparant par rupture avec un ciseau la portion osseuse de la voûte, le long de l'arcade dentaire. Les deux fragments osseux revêtus de la muqueuse avaient été rapprochés par une ligature après avivement des bords de la perforation, et les plaies latérales s'étaient comblées. Ce serait une opération aussi hardie que rationnelle, si l'on était certain d'éviter la nécrose et de diviser régulièrement les fragments osseux. Nous en avons rapporté à Dieffenbach la priorité.

*Procédé de Botrel.* L'ouverture anormale était de forme elliptique et laissait pénétrer le bout du petit doigt. Le chirurgien forma deux lambeaux trapézoïdes, tenant seulement au palais par leur bord postérieur, avivés et réunis en avant, par une ligature ramenée au travers des fosses nasales. L'occlusion fut presque complète.

*Procédé de M. Blaireau.* Même opération que celle de Roux et de Dieffenbach. Deux lambeaux détachés des os en forme de pont. Résultats excellents depuis que l'on donne aux lambeaux plus d'épaisseur et de longueur.

*Procédé de l'auteur. Dédoublement de l'épaisseur du voile.* Le docteur Masson (de Remiremont) m'adressa, en 1850, une de ses malades atteinte d'une perforation assez large de la partie gauche et supérieure du voile du palais. Les boissons passaient par le nez, et la voix, devenue très-nasonnée et peu distincte, ne pou-