

terminer par des capillaires sur la ligne médiane. Je montrerai, dans un instant, toute l'importance de cette disposition dans l'uranoplastie.

Les artères sont beaucoup plus rapprochées de la face profonde que de la face superficielle de la muqueuse ; pour les bien voir, il faut décoller la membrane au niveau du rebord alvéolaire et la rabattre d'avant en arrière.

Ce sont les artères palatines qui fournissent au squelette de la voûte ses éléments de nutrition. Donc, toute lésion susceptible de décoller la muqueuse palatine pourra déterminer la production d'une nécrose. Les perforations pathologiques de la voûte palatine ne reconnaissent pas d'autre mécanisme. C'est le plus ordinairement la présence d'une gomme qui, en se ramollissant, donne lieu à cet accident. La nécrose palatine peut également être le résultat de la scrofule, ou même d'un simple abcès résultant, par exemple, d'une carie dentaire. Aussi, le traitement doit-il être dirigé activement dans tous ces cas pour arrêter la marche de la maladie. L'abcès simple de la voûte palatine sera ouvert d'aussi bonne heure que possible, pour faciliter d'autant le recollement et prévenir la nécrose.

Lorsqu'on n'a pu s'opposer à l'élimination d'une portion de la voûte palatine, il en résulte une perforation qui n'a aucune tendance à guérir spontanément, et d'une gravité telle que toutes les conditions sociales du malade en peuvent être changées : aussi a-t-on songé à y remédier par une opération qui porte le nom d'*uranoplastie*.

Ce point de pratique est si important et s'éclaircit tellement à la lumière des considérations anatomiques précédentes, que je désire m'y arrêter.

Que la perforation de la voûte palatine soit pathologique ou qu'elle existe à la naissance, deux ressources sont offertes au malade : l'autoplastie et la prothèse.

La prothèse compte un bon nombre de partisans, et cela se conçoit, si l'on songe aux perfectionnements qu'ont reçus les obturateurs, à la difficulté, à l'incertitude des opérations autoplastiques, à la répugnance bien naturelle qu'éprouvent certaines personnes à se livrer au chirurgien. Et cependant, d'un autre côté, la perspective de conserver toute la vie une pièce artificielle dans la bouche n'a rien de bien séduisant, et nul doute qu'il soit infiniment préférable de posséder un vrai palais, même au prix d'une pénible restauration ; c'est du moins ma manière de voir : la prothèse ne doit trouver place que là où l'autoplastie a prouvé son impuissance. Une objection sérieuse serait celle-ci : les malades, a-t-on dit, parlent mieux avec un obturateur bien fait qu'après une réparation autoplastique, même complète : je réponds que le fait n'est pas assez démontré pour faire pencher la balance du côté de la prothèse et que les résultats obtenus par Trélat prouvent le contraire.

S'il est permis, d'ailleurs, de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les cas de division congénitale de la voûte du palais, il n'en saurait être ainsi dans ceux de division acquise. La cause étant presque toujours syphilitique, la perforation survient chez les adultes, qui n'ont, par conséquent, besoin d'aucune éducation pour retrouver le timbre normal de la voix après l'opération. Là, pas de discussion possible : toute perforation pathologique de la voûte palatine doit être réparée par l'uranoplastie. Il n'y a d'autres inconvénients que ceux qui résultent de la difficulté de l'opération, et le malade y trouve tout bénéfice.

Jusqu'à notre époque, les perforations du palais avaient été jugées au-dessus