

des ressources de l'art : c'est aux travaux de Roux, Dieffenbach, Sédillot, Baizeau, etc., qu'il faut rapporter les progrès qu'a faits la chirurgie à cet égard. Ces perforations étaient jadis abandonnées à elles-mêmes, ou bien traitées par la cautérisation. Après avoir énuméré un certain nombre de procédés opératoires, Vidal de Cassis s'exprimait encore ainsi en 1855 : « Il n'est pas nécessaire de dire combien peu de chances de réussite offrent tous ces procédés. Il est bien rare que le lambeau soit suffisant : il est plus rare de pouvoir parfaitement affronter les bords des deux parties qu'on veut réunir ; le tissu cellulaire qui unit la membrane palatine à la voûte de ce nom est très peu abondant et très serré ; les lambeaux, difficilement détachés, sont minces, se mobilisent difficilement aussi et se gangrènent souvent. »

Tailler un lambeau dans le palais n'était pas, en effet, chose facile ; faire vivre ce lambeau était plus difficile encore. Il n'est plus aujourd'hui question des procédés de Roux, de Sédillot, de Krimer, etc. ; il n'y en a qu'un seul véritablement rationnel : c'est le procédé à double pont de Baizeau. On a réclamé pour Langenbeck la priorité de ce procédé, mais les dates ont leur éloquence irréfutable : notre compatriote, M. Baizeau, publiait ses observations en 1858, et le premier mémoire de Langenbeck paraissait en 1860. Dans un second mémoire publié l'année suivante, ce dernier auteur insiste sur la nature et le mérite de sa découverte. Il ne se contente pas, dit-il, de prendre la muqueuse palatine comme lambeau : il a imaginé le décollement du périoste, afin d'augmenter l'épaisseur des parties déplacées et de reproduire ainsi une voûte osseuse.

Or, que disait M. Baizeau en 1858 ? « Je taille de chaque côté de la fistule deux lambeaux longitudinaux parallèles à son grand axe et qui, *détachés de la voûte palatine par leur face profonde*, se continuent en avant et en arrière avec les parties molles. » Qu'a donc fait de plus Langenbeck ? M. Baizeau ne conservait donc pas le périoste dans ses lambeaux ? Est-ce qu'il est possible, après ce que j'ai dit de la fibro-muqueuse palatine, de détacher celle-ci du squelette sans enlever en même temps le périoste ?

Simon et Fergusson ont décrit sous les noms de *procédé ostéo-muqueux*, d'*uranoplastie ostéoïde*, un procédé consistant non pas à décoller la muqueuse palatine, mais à sectionner avec une scie la voûte palatine elle-même au niveau des incisions latérales et à mobiliser l'un vers l'autre les deux lambeaux ainsi obtenus.

Le procédé a été employé trois fois par M. Lannelongue et paraît lui avoir donné de bons résultats.

Je donne, toutefois, la préférence au procédé à double pont muqueux de M. Baizeau. Il comprend quatre temps : 1° aviver les bords de la perforation ; 2° pratiquer de chaque côté une incision antéro-postérieure, comprenant toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse palatine ; 3° décoller de l'os cette dernière dans l'étendue comprise entre l'incision et le bord de la perforation, c'est-à-dire mobiliser la muqueuse ; 4° suturer les lambeaux par leurs bords internes.

Mon intention n'est pas de décrire cette opération, qu'a si bien étudiée dans tous ses détails Rouge (de Lausanne) : je veux seulement appeler l'attention sur les incisions latérales et le rôle qu'y doivent jouer les artères palatines.

L'accident le plus à redouter dans l'uranoplastie, c'est la gangrène des lambeaux. Non seulement l'opération échoue dans ce cas, mais encore la perfora-