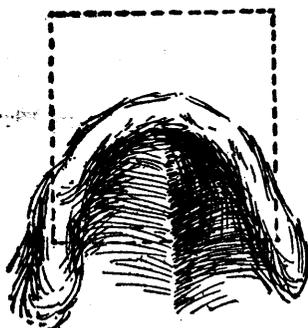


fortes. Le Dr Brophy exhiba ici une pince à forci pression du Dr Logan, son assistant, pour comprimer les os et assurer leur affrontement.

Les mains peuvent aussi faire cet affrontement, mais



Dessins tirés de la mensuration exacte d'empreintes faites sur le vivant, montrant la position relative des maxillaires supérieur et inférieur chez un enfant porteur de fissure palatine. Les carrés représentent les proportions exactes entre les processus alvéolaires de chaque maxillaire. Le grand carré mesure l'espace de la fissure en plus. La fissure une fois fermée les carrés peuvent se superposer, et les maxillaires se superposent normalement,

noire indique l'endroit ou les os ont été brisés.

Si on ne peut effectuer l'affrontement des os on transfixe l'os au dessus des plaques de plomb, au moyen d'un couteau assez fort, la partie de l'os, la plus résistante; c'est l'apophyse malaire; une fois tranchée avec le couteau, on en vient à bout assez facilement.

Un chirurgien éminent de Paris, a chaleureusement appuyé cette méthode. Les patients ne meurent pas parce que leur système nerveux est si peu développé qu'ils peuvent supporter un choc sérieux.

Le professeur Sebelean a dit : " Vos patients ne meurent point parce que vous ne coupez pas d'artères ; vous n'avez pas d'hémorrhagie ". Si nous ne coupons pas de vaisseaux, nous devons couper leurs branches. Le tout petit enfant supporte mal une hémorrhagie, c'est ce qui les fait mourir. " Vous évitez les artères, a dit le chirurgien français, vous n'avez pas d'hémorrhagie ; vos malades guérissent ".

Ces opérations en effet donnent peu de sang ; et dans

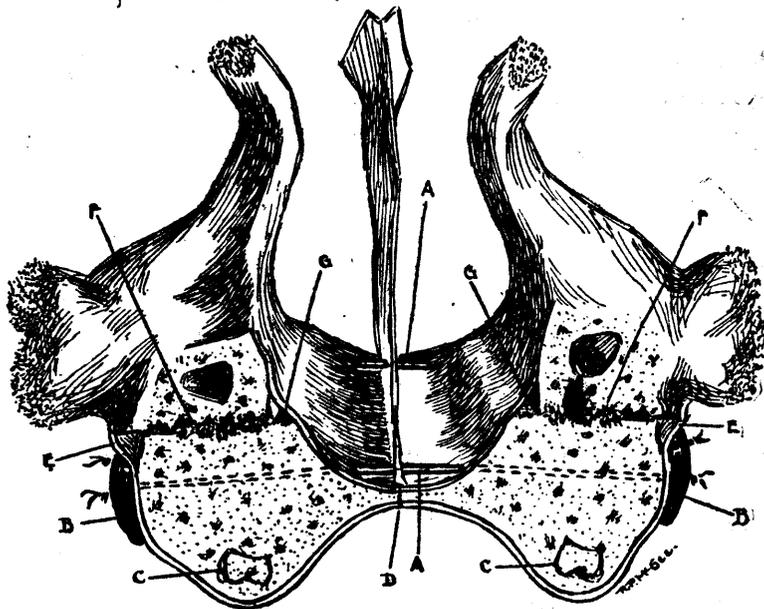


Fig 18.

A.A. Sutures de tension au fil d'argent. B.B. Plaques de plomb. C.C. Formation des premières molaires. D. Fissure fermée. E.E. Muco-périoste, qui remplit l'espace restée libre par l'affrontement forcé des os. F.F. Ligne de fracture des os causée par le rapprochement des os. G.G. Espace triangulaire du côté des os du nez par suite du glissement des parties fracturées.

il faut qu'il soit parfait. Si le vomer s'interpose, il faut exciser la partie interposée, et affronter le palais dur lui-même. De cette manière on peut rapprocher les tubérosités du maxillaire, en conservant le vomer en entier on ne pourrait faire cette manœuvre. Ce ne sont pas les tissus qui manquent dans la plupart des divisions congénitales du palais, mais, ce sont les os qui sont séparés, c'est le maxillaire supérieur qui est élargi, aplati.

Fig. 13. Les parties ont été affrontées ; et une ligne

le cas ou l'on en aurait, on le contrôle au moyen de tampons trempés dans de l'eau à 170°, et portés dans les lèvres de la plaie. Ceci a toujours réussi. Cette méthode a été consacrée par l'expérience, et quand les chirurgiens se seront familiarisés avec elle, ils n'en voudront pas d'autre. L'enfant croît mieux après l'occlusion du palais.

Voici quelques raisons qui militent en faveur d'une intervention précoce : les parties sont molles et de ma-