

Nous avons insisté sur l'examen attentif des cavités osseuses voisines (sinus maxillaire, fosses nasales, sinus frontaux) et nous avons montré combien il était utile, pour le diagnostic, de se renseigner sur l'envahissement secondaire ou primitif de l'orbite, ajoutons toutefois que lorsque le chirurgien se trouve, pour la première fois, en face d'une tumeur qui a déjà acquis un volume considérable, qui a envahi les cavités voisines, il est presque impossible de déterminer son point d'origine. On est forcé dans ce cas de s'en rapporter aux renseignements fournis par les commémoratifs, renseignements qui sont toujours bien incertains.

CAVITÉ BUCCO-PHARYNGIENNE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Nous réunissons, dans un même chapitre, la bouche et le pharynx parce que la partie moyenne du pharynx n'est en réalité qu'un prolongement en arrière de la cavité buccale, parce que les deux autres portions de cet organe, portion supérieure ou nasale, portion inférieure ou laryngienne, ne peuvent être explorées que par la bouche, parce qu'enfin, certaines affections qui siègent au niveau de l'isthme du gosier, sont aussi bien des affections pharyngiennes que buccales.

La cavité buccale est limitée : en avant par les lèvres, sur les parties latérales par les joues, en haut par la voûte osseuse du palais et son voile, en bas par le plancher de la bouche ; en arrière par l'isthme du gosier.

Quand la bouche est fermée, les arcades dentaires séparent sa cavité en deux parties : l'une antérieure, limitée par les lèvres et les joues en avant, par les arcades alvéolaires et les dents en arrière ; en haut et en bas par les sillons gingivo-buccaux ; c'est le *vestibule de la bouche*, nous l'avons suffisamment étudié (voir *Exploration de la face*) pour n'y pas revenir ; l'autre postérieure *cavité buccale proprement dite*. Le vestibule et la cavité buccale communiquent, quand la mâchoire inférieure est rapprochée de la supérieure, d'abord par les interstices des dents, mais aussi par deux orifices, l'un droit l'autre gauche situés à la partie la plus reculée des arcades alvéolaires. Chacun de ces orifices est limité en avant par les dernières grosses molaires supérieure et inférieure, en arrière par l'apophyse coronéide du maxillaire inférieur. Par cet orifice, on peut, dans le cas de constriction des mâ-

choires, introduire une sonde qui permet d'alimenter et de médicamenter les malades.

Quand on fait ouvrir la bouche, ce qui frappe tout d'abord,

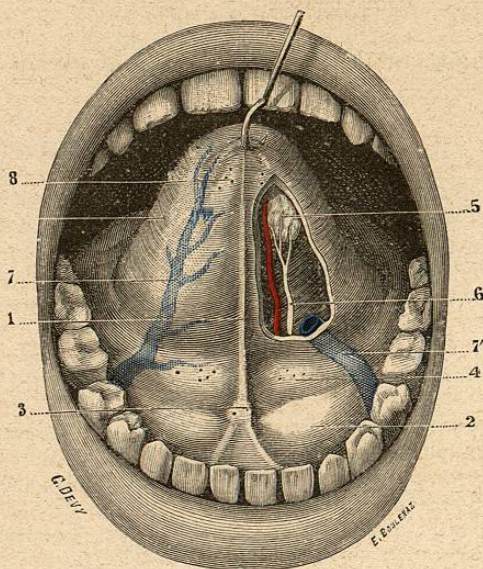


Fig. 11. — Plancher de la bouche et face inférieure de la langue.

(On a érigné en haut la pointe de la langue et pratiqué une fenêtre dans la muqueuse et la couche musculaire superficielle pour montrer la glande de Blandin.)

1. Frein de la langue. — 2. Plancher buccal. — 3. Petite éminence médiane avec les orifices des conduits de Wharton. — 4. Embouchures des conduits de la glande sublinguale. — 5. Glande de Blandin. — 6. Artère ranine et nerf lingual gauches. — 7. Veine ranine droite ; 7' Veine ranine gauche réséquée en partie. — 8. Orifices de la glande de Blandin.

c'est la présence de la langue qu'on décrit en anatomie avec le plancher de la bouche, mais qui ne saurait au point de vue clinique être étudiée avec lui.

Si on prie le sujet qu'on examine de relever la pointe de la langue vers le palais, on découvre alors une petite région limitée en arrière par la partie la plus reculée de la portion libre de la langue, en avant par l'arcade dentaire inférieure, se terminant en pointe de chaque côté au niveau des grosses molaires.

C'est le *plancher buccal proprement dit*.

Recouverte par une muqueuse de couleur gris rosé, cette région repose sur le muscle mylo-hyoïdien ; tout ce qui est au-dessus de ce muscle appartient à la bouche, tout ce qui est au-dessous, au cou, plus exactement à la région sus-hyoïdienne.

La vue permet d'y constater : sur la ligne médiane un repli muqueux qui relie la langue au plancher, c'est le frein de la langue, vulgairement appelé *filet*, sur ce filet de chaque côté, tout près de son insertion au plancher, un petit tubercule percé à son sommet d'un orifice par lequel on voit sourdre la salive, c'est l'*orifice du canal de Wharton* ; enfin à droite et à gauche du frein, derrière l'arcade alvéolaire, on constate la présence d'une sorte de crête dite *caroncule sublinguale*, formée par des replis muqueux que soulèvent les glandules sublinguales. Entre la muqueuse du plancher et la face supérieure du muscle mylo-hyoïdien, on trouve un *espace, dit sublingual*, contenant un tissu cellulaire lâche et assez abondant qui entoure les glandules sublinguales. Quand il s'enflamme il donne lieu à une variété de phlegmon dit sublingual auquel on donne encore le nom d'*angine de Ludwig*. On a décrit dans ce tissu (Fleischmann, Tillaux) une bourse séreuse qui serait, pour quelques auteurs, le professeur Tillaux entre autres, le siège de la grenouillette aiguë. C'est dans la région du plancher buccal que se développent les tumeurs dites grenouillettes, dont la pathogénie est si différente selon les cas.

Au-dessous de la glande sublinguale, accolés à sa face profonde et la parcourant dans toute son étendue, se trouvent le canal de Wharton accompagné du nerf lingual. Aussi conçoit-on qu'on puisse assez facilement, par le palper du plancher de la bouche, reconnaître la présence d'un calcul du canal de Wharton. Pour pratiquer ce palper il faut, la

bouche étant modérément ouverte, introduire sous la langue un ou deux doigts d'une main, la pulpe tournée vers le plancher qu'ils dépriment légèrement tandis que de l'autre main on soutient la région sus-hyoïdienne, la face palmaire de l'extrémité des doigts reposant sur la peau de cette région. Quand on fait le toucher buccal il est bon, pour éviter les morsures de la part du sujet, de garnir la partie moyenne des doigts avec une compresse ou ce, qui est préférable, d'introduire un instrument quelconque, un coin de bois par exemple entre les dents du malade.

Le palper bimanuel du plancher buccal ne permet guère de reconnaître les glandes sublinguales, mais il est possible de sentir la glande sous-maxillaire à l'état normal et surtout, les ganglions contenus dans sa loge, pour peu qu'ils aient augmenté de volume.

La *paroi supérieure de la cavité buccale* est formée d'avant en arrière par la voûte osseuse du palais et par son voile. Il n'est pas facile de distinguer, sur le vivant, les limites de ces deux parties. La vue ne permet pas de le faire le toucher non plus, à moins que le voile ne soit mince comme cela est chez les enfants. Une ligne droite fictive étendue de l'une à l'autre saillie qu'on trouve en arrière des dernières grosses molaires supérieures, saillie qui n'est autre que celle de la tubérosité maxillaire, représente assez bien les limites respectives de la portion dure et de la portion molle du palais.

La forme de la voûte osseuse du palais qui a pour squelette en avant l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et en arrière la lame horizontale du palatin, est très variable suivant les sujets. Chez les uns elle est ogivale, chez les autres elle affecte la forme d'un plein cintre. La vue permet d'y reconnaître une crête médiane antéro-postérieure dont le développement exagéré a été considéré à tort, par Chassaignac, comme un excellent signe de syphilis héréditaire. A l'état normal, la muqueuse qui recouvre la voûte osseuse du palais et qui est immobile sur elle est hérissée de crêtes plus ou moins transversales, dans son tiers antérieur; elle est lisse, unie, dans ses deux tiers postérieurs; on ne peut voir qu'à la loupe les orifices des glandes fort nombreuses qui s'ouvrent à sa surface.

Il nous paraît bon de rappeler, au point de vue des incisions qu'on peut être amené à faire sur le palais dur, que les vraies artères de cette région sont les palatines postérieures, qu'elles sont situées à 5 ou 6 millimètres en dedans et au-dessus du bord alvéolaire et qu'il faut pour éviter leur blessure dans les cas d'incision simple ou dans les procédés d'uranoplastie avec décollement de lambeaux latéraux, inciser, tout près de l'arcade alvéolaire, au-dessus du collet des dents, la section de l'artère amènerait le sphacèle des lambeaux.

Le voile du palais qui se continue sans ligne de démarcation appréciable avec le bord postérieur de la voûte osseuse est bien limité en arrière, sur la ligne médiane, par la lueite et de chaque côté par les piliers antérieur et postérieur qui partent de la base de cet appendice, parfois démesurément long, rarement bifide à son sommet; il a sur les parties latérales des limites assez indécises, la muqueuse qui recouvre sa face inférieure ou buccale se continue de chaque côté et d'avant en arrière avec celle qui revêt la partie la plus reculée des gencives supérieures, le sommet de l'apophyse ptérygoïde, les parois latérales du pharynx.

Sa face supérieure appartient à l'arrière-cavité des fosses nasales, l'inférieure horizontale, dans sa partie antérieure, s'incline peu à peu en se rapprochant de la face postérieure du pharynx et devient presque verticale à mesure qu'on se rapproche des piliers.

Ce qui rend, par le palper, la délimitation difficile entre la voûte et le voile, c'est la présence de l'aponévrose du voile du palais, elle occupe sa partie antérieure, sur une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur et s'étend transversalement d'une apophyse ptérygoïde à l'autre. Elle ne se laisse pas déprimer; aussi croit-on quand on pratique le toucher être encore sur la voûte osseuse, et cela d'autant plus facilement que, chez certains sujets, le bord postérieur de l'aponévrose fait un relief que le doigt peut apprécier et qu'on prend, le plus souvent, pour les bords postérieurs réunis de la lame horizontale des palatins. Malgré la présence de l'aponévrose palatine on sent assez facilement, à travers le voile, la face interne de l'apo-

physe ptérygoïde et même le crochet qui la termine. Après avoir reconnu avec l'index la tubérosité maxillaire, on sent en arrière d'elle une petite encoche, derrière cette encoche un plan résistant, c'est l'*apophyse ptérygoïde*.

Le bord postérieur du voile du palais est, suivant les individus, à une distance variable de la face postérieure du pharynx; chez les uns il en est assez éloigné pour permettre l'introduction facile du doigt dans l'arrière-cavité des fosses nasales, chez les autres il en est tellement rapproché que la manœuvre devient très difficile, d'autant mieux qu'elle amène des contractions réflexes qui ne font que rapprocher davantage du pharynx le bord postérieur du palais mou.

Les piliers du voile du palais sont inégalement développés. Le postérieur est plus volumineux que l'antérieur et se rapproche davantage de la ligne médiane. Aussi la bouche étant ouverte voit-on bien les quatre piliers. L'antérieur s'insère sur les parties latérales de la langue; en la déprimant un peu, on voit bien le pied de ce pilier qui finit à l'union de la portion horizontale avec la portion verticale de la langue, il confond ses fibres avec celles de cet organe; aussi est-il souvent envahi dans les dégénérescences malignes de ce dernier. Ce sont les deux piliers antérieurs qui forment, avec la luette en haut et la base de la langue en bas, l'isthme du gosier; tout ce qui est en avant de cet isthme appartient à la cavité buccale, tout ce qui est en arrière au pharynx; donc les piliers postérieurs, l'amygdale, la portion verticale de la langue appartiennent au pharynx.

Le pilier postérieur du voile du palais est oblique de haut en bas et d'avant en arrière tandis que l'antérieur est à peu près vertical; aussi ces deux piliers s'écartent-ils davantage à mesure qu'ils descendent, circonscrivant ainsi, en avant et en arrière la loge amygdalienne. Le pilier postérieur n'a pas d'insertion fixe ou mieux de base comme l'antérieur, il se perd insensiblement sur la paroi postéro-latérale du pharynx.

Entre les piliers antérieur et postérieur de chaque côté, se trouve une dépression profonde de forme triangulaire dont le sommet répond à la base de la luette, la base aux bords latéraux de la portion verticale de la langue, c'est la fosse amygdalienne qui contient l'amygdale.

L'*amygdale* de volume très variable suivant les sujets, présente une face interne où se trouvent de nombreux orifices, les cryptes, une face externe qui répond à la paroi latérale du pharynx; la muqueuse ne recouvre pas cette dernière face, elle se réfléchit sur les bords antérieur et postérieur de l'organe pour se continuer avec celle des parties voisines; de cette disposition résulte que l'amygdale est accolée au pharynx par sa face externe; on peut toutefois, avec le doigt, suivre son contour, les adhérences avec les piliers ou la langue ne se rencontrent que quand elle est dégénérée ou qu'ayant été le siège d'ulcérations en même temps que les piliers, ces organes se sont soudés.

Les rapports de la face externe de l'amygdale sont des plus importants, elle répond à l'artère carotide interne dont elle est séparée par toute l'épaisseur de la paroi pharyngienne (amygdalo-glosse, aponévrose pharyngée, fibres du constricteur supérieur). La carotide interne n'est pas située directement en dehors de l'amygdale, mais bien en dehors et un peu en arrière, un intervalle de 15 à 20 millimètres la sépare de la glande. Il n'en est pas moins vrai que le rapport de la carotide interne avec l'amygdale est très intime; nous n'en voulons pour preuve que sa blessure dans l'amygdalotomie, son ulcération dans les néoplasmes étendus de la glande, aussi devra-t-on l'avoir toujours présent à l'esprit quand on interviendra, avec le bistouri, sur la région amygdalienne.

On peut explorer l'amygdale par le palper bimanuel; l'index d'une main étant appliqué sur sa face interne, tandis que les doigts de l'autre main sont placés en arrière de l'angle de la mâchoire, il est possible de saisir la glande; si elle est saine cette manœuvre ne donne guère de résultat; si elle est augmentée de volume on constate facilement, de cette façon son développement exagéré, on peut même sentir ainsi la fluctuation dans quelques gros abcès amygdaliens.

Au-dessous des amygdales, dans le pharynx buccal, se trouve la portion verticale de la langue; c'est l'isthme du gosier, plus exactement la base des piliers antérieurs qui la sépare de la portion horizontale. Entre ces deux portions se trouve une région hérissée de grosses saillies formant un V

ouvert en avant; ce sont les *papilles caliciformes*, le sommet du V est occupé par le *foramen cœcum*. Il faut bien se familiariser avec l'aspect que présente cette région à l'état normal, afin de ne pas croire, chez un sujet qui présente un engorgement ganglionnaire cervical, dont on recherche la cause, que ces saillies sont dues à une végétation maligne de la muqueuse linguale.

En suivant la ligne médiane de la portion verticale de la langue, on sent facilement l'*épiglotte* et les liens muqueux qui la rattachent à la langue; en la contournant on peut explorer les replis aryténo-épiglottiques qui bordent l'orifice supérieur du larynx.

L'exploration digitale des parties latérales de la portion verticale de la langue est beaucoup plus importante que celle de la région médiane. Bien que les bords de la portion verticale ne soient pas libres puisqu'ils se continuent avec les piliers antérieurs puis avec la muqueuse de la partie inférieure de l'amygdale et plus en arrière encore avec celle de la paroi latérale du pharynx, il n'en existe pas moins, entre la langue d'une part, l'amygdale, le pharynx d'autre part, une sorte de gouttière qui descend jusqu'à l'os hyoïde dont le toucher permet de reconnaître la grande corne, gouttière où l'index constate souvent des lésions inaccessibles à la vue. Sans doute, cette exploration est pénible pour le malade, provoque des efforts de vomissement, mais il ne faut jamais la négliger en présence d'un engorgement ganglionnaire du cou dont les caractères font penser à un néoplasme; on peut d'ailleurs la rendre supportable en badigeonnant, avec une solution de cocaïne à 1/20, le *pharynx buccal*.

Ce dernier a pour limites le voile du palais en haut, la base de la langue et l'*épiglotte* en bas, les parois latérales du pharynx sur les côtés. Nous n'avons pas à nous en occuper maintenant, tout ce que nous venons d'écrire se rapporte à l'exploration de la portion buccale du conduit pharyngien. Tout au plus rappellerons-nous (voir *Exploration de la colonne vertébrale*), que c'est par le pharynx buccal, le sujet étant dans la position du regard horizontal, qu'on peut sentir à travers sa paroi postérieure: le tubercule antérieur de l'atlas situé sur le prolongement de la voûte osseuse du

palais, le corps de l'axis et enfin le corps de la 3^e vertèbre cervicale.

Le pharynx nasal, arrière-cavité des fosses nasales, est limité en haut, par l'apophyse basilaire, très obliquement inclinée de haut en bas et d'avant en arrière, en bas par la face supérieure du voile du palais, de chaque côté, en avant, par les apophyses ptérygoïdes, en arrière par les parois latérales du pharynx où se voient l'orifice de la *trompe d'Eustache* et la fosselle de Rosenmüller située derrière cet orifice.

Par suite de l'obliquité de l'apophyse basilaire, le pharynx nasal est beaucoup plus développé en hauteur en avant qu'en arrière, on pourrait lui décrire une paroi antérieure formée par l'orifice postérieur des fosses nasales.

L'exploration de cette région est des plus importantes, les affections qu'on y rencontre sont fréquentes: tumeurs adénoïdes, polypes fibro-muqueux, polypes naso-pharyngiens, adénomes du voile du palais, etc.

La rhinoscopie postérieure permet d'explorer par la vue l'arrière-cavité des fosses nasales; mais elle est difficile à pratiquer, inapplicable chez les enfants; aussi ne nous y arrêterons-nous pas, renvoyant ceux qui voudraient avoir de plus amples renseignements aux traités spéciaux.

Le clinicien peut se contenter du toucher. Voici comment on le pratique: « Le malade étant assis, le chirurgien, placé à sa droite, met son pied gauche sur la chaise de façon à ce que sa jambe s'applique sur la région dorsale du malade et que la nuque de ce dernier vienne s'appuyer sur le genou; de la main gauche, à l'aide d'un ouvre-bouche, ou à son défaut à l'aide d'un manche d'instrument placé entre les molaires, maintenant ouverte la bouche du patient, il introduit l'index droit au fond de la bouche et le replie en haut au moment où il touche la face supérieure et postérieure du pharynx; il explore attentivement la face postérieure et supérieure du pharynx, pour y rechercher les tumeurs, et l'orifice postérieur des fosses nasales (choanes) pour y rechercher l'hyperthrophie des cornets et les polypes nasaux. » (Duplay et Reclus, *T. Chir.*, t. IV, p. 770.) Le toucher permet encore d'explorer facilement la face supérieure du voile du palais.

Nous avons signalé, sur les parties latérales du pharynx nasal, l'orifice de la trompe d'Eustache ; « le bord supérieur de cet orifice (pavillon de la trompe) est situé au-dessous de l'apophyse basilaire, en avant de la partie postérieure du pharynx, en arrière du cornet inférieur, au-dessus du voile du palais, en arrière et au-dessus du bord postérieur de la voûte palatine, à une distance de 12 à 15 millimètres sensiblement égale pour chacun de ces points, c'est-à-dire que l'orifice tubaire occupe le centre de la paroi latérale du pharynx, de l'arrière-cavité des fosses nasales ». (Tillaux, *An. Top.*)

Ces données nous ont paru bonnes à rappeler ; elles sont nécessaires à qui veut cathétériser la trompe, éclairer ou toucher son pavillon.

Nous n'avons que peu de chose à dire de la *portion laryngienne du pharynx*, étendue de l'épiglotte et de la base de la langue au bord inférieur du cartilage cricoïde, c'est-à-dire de la troisième vertèbre cervicale environ à la sixième. Le doigt peut atteindre l'orifice supérieur du larynx, les replis aryéno-épiglottiques, mais ne peut aller plus bas ; la portion laryngienne du pharynx est en résumé inaccessible au regard direct et au toucher ; on peut par la pharyngoscopie acquérir quelques notions sur son état, c'est le seul moyen d'exploration qui s'offre au clinicien.

Nous ne voudrions pas terminer ce qui a trait à la cavité bucco-pharyngienne sans appeler l'attention sur les nombreux organes lymphoïdes qu'on trouve dans le pharynx. Les amygdales proprement dites représentent la plus grosse partie de ces organes lymphoïdes ; elles n'atteignent pas tout à fait, à l'état normal, par leur extrémité inférieure, la base de la langue dont elles restent distantes de 5 à 6 millimètres. Entre l'extrémité inférieure de l'amygdale et la base de la langue, se trouve une muqueuse plissée dont le derme est rempli de follicules clos ; ce repli muqueux lymphoïde relie manifestement l'amygdale aux glandes folliculeuses de la langue. Celles-ci, logées, comme les précédentes, dans l'épaisseur de la muqueuse, sont situées sur la portion verticale de la langue, en arrière du V lingual, elles forment une nappe continue de l'épiglotte aux papilles caliciformes, d'une amygdale à l'autre. De plus, dans le derme de la muqueuse

pharyngienne, entre les orifices des deux trompes d'Eustache, existe une autre nappe de follicules clos, à laquelle on donne le nom d'amygdale pharyngienne. Il y a donc un véritable croissant lymphoïde à concavité supérieure en arrière de l'isthme du gosier, il est transformé en un cercle par la trainée intertubaire qui se trouve sur la voûte du pharynx ; ce cercle est surtout développé dans la jeunesse. Aussi, lorsque, à cet âge de la vie, on constatera une hypertrophie des amygdales latérales, ne devra-t-on pas négliger l'examen de l'amygdale pharyngienne ; ses rapports avec les pavillons des trompes d'Eustache, inciteront le clinicien à examiner les fonctions auditives, à se rendre compte du développement du thorax souvent empêché par les troubles respiratoires qu'amène la présence des tumeurs lymphoïdes de la gorge. On se rappellera que l'amygdale pharyngienne est souvent prise, à l'exclusion des autres groupes.

On nous pardonnera d'avoir rejeté, à la fin, l'étude de la portion horizontale de la langue, d'en avoir scindé la description, mais nous avons voulu dire, d'un trait, tout ce qui nous semblait nécessaire au sujet de la cavité bucco-pharyngienne, ou du moins de la région intermédiaire à la bouche et au pharynx, si importante en pathologie.

D'ailleurs, la portion horizontale de la langue, ne nécessite pas de longs développements. Quand nous aurons dit que cette portion horizontale est libre, qu'on peut facilement en faire le tour avec le doigt, qu'elle a deux faces, l'une supérieure avec un sillon médian, l'autre inférieure, qui n'existe pas dans la portion verticale, et qui, elle aussi, présente un sillon médian, que ces deux sillons se réunissent au niveau de la pointe de l'organe, que de cette réunion résulte quelquefois une encoche, trace d'une bifidité qui existe dans quelques espèces animales, que les bords latéraux montrent assez souvent, sans qu'il y ait altération pathologique de la langue, des crêtes correspondant aux espaces interdentaires et des dépressions dues à la saillie des dents, nous aurons à peu près indiqué ce qu'il faut savoir, en clinique, de l'état normal de la portion horizontale de la langue. Nous ajouterons que la face inférieure de cette portion, unie comme nous l'avons dit, par le frein, au plancher buccal, est recou-

verte par une muqueuse mince, à travers laquelle transparait la coloration bleuâtre des veines ranines situées, à peu près, à égale distance des bords latéraux et de la ligne médiane, qu'en dedans des veines ranines, la muqueuse est lisse et très mince, qu'en dehors d'elles, elle est plus épaisse et présente des crêtes, séparées par des sillons plus ou moins profonds, d'où un aspect tomenteux normal qu'il ne faut pas prendre pour une disposition pathologique.

Un dernier mot touchant les *vaisseaux lymphatiques* ou mieux les aboutissants des lymphatiques de cette vaste région bucco-pharyngienne. D'après les auteurs classiques, Sappey en particulier, la plupart des lymphatiques de la région bucco-pharyngienne se rendent aux ganglions situés sur les parties latérales du cou, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et des parties latérales du larynx, de la bifurcation de la carotide primitive.

Aucun auteur ne parle des ganglions récepteurs des lymphatiques du plancher de la bouche, la clinique démontre qu'ils vont aux glandes de la région sous-maxillaire et aussi aux ganglions carotidiens.

Quant aux vaisseaux blancs qui viennent de la voûte du pharynx, ils se réunissent à ceux de la paroi supérieure des fosses nasales et se rendent à un ou plusieurs ganglions qui se trouvent en avant de l'axis et deviennent le point de départ d'un grand nombre d'abcès rétro-pharyngiens.

On voit d'après cet aperçu anatomique où il faudra diriger ses recherches, soit qu'on se trouve en présence d'une lésion bucco-pharyngienne, soit qu'on cherche l'explication de la présence d'un ganglion malade, de la lésion duquel, l'état général ne peut rendre compte.

Mais il est bon de rappeler que les réseaux lymphatiques du cou sont d'une extrême richesse, que leurs différents territoires communiquent largement entre eux, aussi en cas de lésion bucco-pharyngienne ne devra-t-on négliger l'examen d'aucune des régions où l'anatomie enseigne la présence de ganglions lymphatiques.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES

DE LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGIENNE

Nous conformant à la division que nous avons adoptée dans l'anatomie clinique, nous étudierons séparément le diagnostic des maladies chirurgicales qu'on rencontre dans la *bouche proprement dite*, dans le *pharynx* et dans la région intermédiaire à ces deux cavités qui comprend le *voile du palais*, les *amygdales* et l'*isthme du gosier*.

I. — CAVITÉ BUCCALE PROPRESMENT DITE

Les *affections inflammatoires* y sont nombreuses en tant que manifestations ulcéraives, mais intéressent principalement le médecin; il en sera du reste parlé au diagnostic des tumeurs ulcérées de la langue. Quant aux phlegmons et aux abcès qui peuvent y naître, ils appellent surtout l'attention du chirurgien lorsqu'ils franchissent les limites de la cavité buccale. Ils vont alors se montrer dans la région sus-hyoïdienne avec laquelle ils seront étudiés.

Le *diagnostic des affections chroniques* doit être fait séparément pour les maladies chirurgicales qui affectent la langue et pour celles qui prennent naissance dans le plancher de la bouche. Certaines de ces maladies comme l'épithélioma, par exemple, peuvent passer de l'une de ces régions à l'autre; mais comme elles y présentent les mêmes caractères, pour éviter les redites, elles seront étudiées avec la région la plus souvent atteinte.

a. *Langue*. — On y rencontre des affections multiples, se manifestant par des tuméfactions ulcérées ou non. On peut donc dire que ce qui domine en clinique, la pathologie de la