

son d'admettre qu'elle est de nature syphilitique, que ce médicament a en somme peu d'efficacité contre les formes pures du lupus.

N'oublions pas enfin qu'il existe encore d'autres causes de perforation du palais, telles que les diverses affections du maxillaire capables de déterminer une nécrose, affections qui peuvent se développer soit du côté nasal, soit du côté buccal. Lorsque les bords de la perforation se sont cicatrisés, on ne peut souvent plus diagnostiquer la cause de cette dernière par le simple examen de la cicatrice.

Les **pertes de substance d'origine syphilitique** dues à des gommes de la substance osseuse ou du périoste du palais, sont beaucoup plus graves que celles qui proviennent d'une gomme du vomer. Les premières entraînent une perte de substance étendue de l'os, et, le plus souvent, aussi de la muqueuse. Le périoste étant détruit en même temps, la régénération osseuse est minime, et la perforation du palais reste largement béante. Par contre les pertes de substance produites par des gommes du vomer, qui ont déterminé des destructions de ce dernier ainsi que du palais osseux, se présentent sous la forme de trous profonds situés sur la ligne médiane, au niveau de l'insertion du vomer sur l'apophyse palatine du maxillaire. La nécrose du palais ne se produit alors que sur un point circonscrit; ni le périoste, ni l'os ne subissent de perte de substance étendue.

Les deux processus que nous venons de décrire doivent donc être bien distingués l'un de l'autre au point de vue de l'**uranoplastie**, la seconde forme de perforation donnant sous ce rapport de bien meilleurs résultats que la première.

§ 129. — Le **traitement des ulcérations du palais** n'offre rien de particulier. Disons seulement que l'iodure de potassium a une action spécifique sur la plupart des ulcères phagédéniques de cette région, pour autant que ces derniers sont sous la dépendance de la syphilis.

Tous les processus morbides qui sont incontestablement d'origine syphilitique, sont justiciables du traitement spécifique; les ulcérations superficielles, simples ou serpigneuses, qui tendent à se propager des amygdales vers les piliers, réclament l'emploi du mercure, tandis que l'on combattra par l'iodure de potassium les ulcères phagédéniques profonds qui entraînent rapidement la perforation du palais. Quant au lupus on le traitera, ici comme partout ailleurs, par des moyens locaux, c'est-à-dire par la cautérisation ou le grattage avec la curette tranchante, etc. En outre on n'oubliera pas les soins de désinfection de la bouche, qui ont une si grande importance pour enrayer le processus de destruction de l'os. Enfin, de même que la syphilis peut entraîner une nécrose des os, et qu'alors la guérison n'est possible qu'après l'élimination du séquestre, de même aussi une périostite simple détermine assez souvent une nécrose et une perforation du palais, et la cicatrisation de la perte de substance ne peut s'effectuer qu'après l'ablation des parties nécrosées

§ 130. — Nous avons déjà mentionné plus haut l'**œdème aigu de la luette** qui survient soit à la suite de processus inflammatoires nés dans son voisinage, soit aussi quelquefois d'une façon indépendante. Il n'est pas très rare d'observer également un gonflement plus ou moins chronique de la luette, qui devient plus épaisse et plus longue, et l'allongement surtout entraîne une série de phénomènes parfois très désagréables. Cet appendice donne alors la sensation d'un corps étranger dans le pharynx; il provoque des mouvements de déglutition, des nausées et des vomiturations. Les troubles produits dans les voies respiratoires sont encore plus pénibles. Lorsque la luette descend jusqu'à l'épiglotte ou même jusqu'à la glotte, elle provoque des accès de toux continuels ainsi que de l'enrouement; elle peut même donner lieu momentanément à une sensation de suffocation imminente, et la nuit surtout les personnes affectées d'hypertrophie uvulaire se réveillent assez souvent en proie aux angoisses de l'asphyxie. Cette anomalie s'observe volontiers chez les individus souvent atteints d'angine, et il est possible qu'une certaine parésie musculaire joue ici un rôle important, car on voit l'allongement hypertrophique de la luette succéder directement à une paralysie diphtérique du voile du palais. Elle est particulièrement pénible chez les phtisiques à cause des accès de toux continuels qu'elle détermine, elle est également fort gênante chez les chanteurs, les orateurs, etc.

On a inventé toute une série d'instruments destinés à l'amputation de la luette hypertrophiée. On réussira toujours à se tirer d'affaire à l'aide d'une érigne ou d'une pince à crochet, et de ciseaux bien tranchants. On recommande au patient d'ouvrir largement la bouche, et au moyen de l'érigne ou de la pince on saisit la luette de façon à la tendre modérément; puis avec les ciseaux on en retranche autant qu'on le juge nécessaire.

§ 131. — A la suite d'ulcérations de la région palatine on observe assez souvent des **adhérences du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx**. La **syphilis** est la cause habituelle de ces adhérences, plus rarement c'est une **tuberculose locale**, et plus rarement encore la **diphthérie**. Pour faire bien comprendre leur mode de production nous devons encore rappeler ici que les ulcères phagédéniques décrits plus haut intéressent aussi bien la face postérieure du voile du palais que la paroi du pharynx, celle-ci étant toutefois leur siège de prédilection. Au début ces ulcérations échappent souvent à la connaissance du médecin, ce qui est le cas lorsqu'elles occupent la face postérieure du voile du palais; elles ne manifestent alors leur présence que par une certaine roideur dans les mouvements de cet organe et par le timbre nasonné de la voix; de même que les ulcérations de la portion nasale du pharynx, on ne peut les voir que si l'on attire en avant la luette à l'aide d'un petit crochet. La paroi postérieure du pharynx est souvent le siège d'ulcérations de forme serpigneuse ayant ordinairement pour

point de départ les follicules de la muqueuse, ou bien une large ulcération se forme d'emblée à la suite de la fonte d'une gomme prévertébrale.

Les adhérences qui se produisent à la suite de ces diverses formes d'ulcérations, présentent entre elles des différences très accusées. En tous cas il est fort probable qu'il ne s'agit point d'une soudure de la face postérieure ulcérée du voile du palais avec la face correspondante également ulcérée du pharynx, mais que nous avons bien plutôt affaire à une rétraction cicatricielle se produisant au point de réflexion du voile du palais sur la paroi pharyngienne postérieure. Il peut arriver alors, et c'est le plus léger degré d'adhérence, que le bord inférieur du voile du palais reste libre ainsi que la luette, tandis qu'une occlusion partielle s'est produite entre les piliers postérieurs et la paroi correspondante du pharynx (RIED).

La forme d'adhérence que nous venons de mentionner n'entraîne que rarement des troubles fonctionnels considérables. Par contre cette malformation est bien plus grave lorsque la soudure à la paroi postérieure du pharynx intéresse également les bords libres latéraux du voile du palais. Ces adhérences étendues ne sont pour ainsi dire jamais complètes en ce sens qu'elles laissent presque toujours une étroite communication entre la gorge et la portion nasale du pharynx; elles se produisent surtout lorsque le voile du palais a été perforé par voie d'ulcération ou a été divisé après destruction de la luette. Le voile du palais peut alors se rétracter; il ne possède plus sa tension normale, et il obéit facilement à la traction cicatricielle; les muscles tenseurs du voile ne peuvent plus exercer leur action. Tantôt on rencontre un trou à la place de la luette détruite, tantôt la cicatrisation s'est opérée à ce niveau, et une perforation s'est produite en avant de la cicatrice. Le plus souvent, dans ces conditions, l'adhérence est très étendue; cependant on a observé des cas dans lesquels les bords libres du voile du palais étaient seuls adhérents, la face supérieure restant libre. Les cas les plus graves sont ceux dans lesquels, la soudure étant complète, il n'existe plus trace de communication entre la bouche et la cavité nasale.

§ 132. — Les troubles fonctionnels se rapportant au timbre de la voix, à la déglutition et à la respiration nasale, s'observent à des degrés très divers suivant que les adhérences du voile du palais sont plus ou moins étendues.

La voix a dans tous les cas un timbre nasillard ou guttural, lequel toutefois, est peu prononcé dans la première forme d'adhérence décrite plus haut. Nous reviendrons sur ce sujet à propos du traitement des fissures de la voûte palatine.

La déglutition est considérablement gênée par suite de la fixation anormale du voile du palais et de la rétraction pathologique des muscles. Le bol alimentaire ne peut recevoir la forme qui lui est nécessaire

pour que la déglutition s'opère avec facilité; en outre il prend une mauvaise direction: le malade avale de travers. A ces troubles fonctionnels vient souvent s'ajouter le désagrément de la pénétration de particules alimentaires dans les fosses nasales à travers des ouvertures anormales du palais.

Plus le voile du palais adhère étroitement au pharynx, plus la respiration nasale se trouve gênée; dans les cas d'occlusion complète, la respiration par le nez est absolument impossible, et il en est de même du nettoyage du nez par l'action de se moucher. Le goût et l'odorat sont aussi plus ou moins altérés, et dans nombre de cas on observe une surdité plus ou moins accusée due à des altérations survenues au niveau des orifices des trompes d'Eustache. Quelquefois les malades sont péniblement affectés par la nécessité où ils se trouvent de respirer par la bouche. C'est surtout pendant le sommeil qu'ils en éprouvent les inconvénients; ils sont réveillés en sursaut par une sensation de suffocation lorsqu'ils ferment la bouche; d'autre part, si celle-ci reste ouverte, la muqueuse buccale se dessèche, de même que celle de la gorge.

§ 133. — Si l'on se reporte à la description donnée plus haut des conditions anatomiques relatives aux adhérences anormales du voile du palais, on comprendra facilement que dans les cas très prononcés de cette affection on ne peut espérer obtenir une amélioration notable d'une intervention chirurgicale. D'une manière générale, une opération n'est indiquée que dans les cas d'absence complète de communication entre la bouche et la cavité nasale, ou dans ceux dans lesquels cette communication est si étroite qu'elle ne peut plus servir à la respiration nasale. Lorsque les adhérences ne sont pas trop étendues, on peut alors parfois mettre en pratique le procédé de DIEFFENBACH, qui consiste à détacher de la paroi postérieure du pharynx la partie soudée du voile du palais, puis à suturer les deux bords de muqueuse de ce dernier de façon à empêcher les adhérences de se reproduire. Cette opération est difficile et, en outre, d'après DIEFFENBACH, extrêmement douloureuse.

Il est vrai que les difficultés techniques sont bien faciles à surmonter depuis que ROSE a conseillé le procédé consistant à placer le patient la tête pendante. La suture, lorsqu'elle est possible, donne également de nos jours de bien meilleurs résultats. Le voile du palais est tendu à l'aide d'une érigne ou d'une pince à crochet, et l'on détache ses adhérences au moyen de ciseaux ou bistouris recourbés sur le plat (modèle de SZYMANOWSKI). S'il existe des perforations du voile du palais, on aura soin de les aviver préalablement, alors que ce dernier est encore tendu par les adhérences.

Dans la majorité des cas, il est vrai, la séparation des parties soudées et la suture ne sont pas possibles à cause de la grande étendue des adhérences entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx; d'au-