

à propos des fissures congénitales. On transforme la perte de substance en une ellipse régulière, dont le grand diamètre correspond à la ligne médiane de la voûte palatine. Tout le tissu cicatriciel est enlevé afin d'obtenir des bords qui se prêtent le mieux possible à une réunion solide. En opérant ainsi on agrandit, il est vrai, assez souvent d'une façon notable la perforation; c'est ce qu'on observe surtout dans les cas de destruction de l'os et du périoste de cause syphilitique; la perte de substance prend alors parfois après l'avivement une forme très différente de celle qu'elle présentait auparavant. En outre, précisément dans les perforations de cause syphilitique, les lambeaux d'autoplastie sont souvent très minces. — Quant à la largeur à donner à ces lambeaux, elle est en raison directe de l'étendue de la perte de substance, avec cette particularité que chacun d'eux doit être à lui seul à peu près aussi large que cette dernière.

Lorsque la perforation est située latéralement, on forme un grand lambeau latéral de la même manière que dans la résection du maxillaire supérieur avec conservation du revêtement muco-périosté du palais. Le lambeau peut avoir alors son pédicule de nutrition en avant ou en arrière, on a même parfois emprunté des lambeaux muco-périostés à la face externe des gencives pour fermer des pertes de substance latérales de la voûte palatine. Dans un cas de ce genre SIMON prépara un grand lambeau en forme de languette, comprenant la moitié du revêtement palatin et en continuité en arrière avec le voile du palais, tandis que de l'autre côté il décolla un lambeau en forme de pont par le procédé ordinaire; puis l'opérateur enleva une grande partie de la voûte osseuse malade ainsi que des fragments du vomer. Réunissant ensuite par des sutures les lambeaux préparés, il réussit à obtenir l'occlusion complète de la perforation primitive; il ne resta qu'un petit orifice à l'extrémité antérieure du lambeau, au niveau du rebord alvéolaire.

Les petites pertes de substance, qu'elles siègent sur le palais dur (DIEFFENBACH) ou sur le voile du palais (LANGENBECK), peuvent être réunies par des sutures après l'avivement elliptique de leurs bords, si l'on a eu soin de pratiquer une ou deux incisions de détente à concavité tournée en dedans. La difficulté de l'opération dans ces cas consiste dans l'application des sutures.

On peut aussi fermer par obturation organique (LANGENBECK) les petites perforations du palais de la manière suivante: dans le voisinage immédiat de la perforation préalablement avivée en forme d'ellipse, on taille un lambeau muco-périosté que l'on renverse dans la perte de substance; puis on attire sur ce lambeau pour les réunir par des sutures les bords latéraux de l'orifice que l'on a décollés sur une certaine étendue et mobilisés au moyen d'incisions de détente. (Voir la figure ci-contre).

On peut observer au palais des pertes de substance si étendues que l'on ne parvient pas à les fermer à l'aide des seules parties molles de la voûte pala-

tine. Dans un cas de ce genre BLASIUS a tenté, mais sans succès, d'amener un long lambeau frontal à travers le nez détruit jusque dans la perte de substance du palais. V. NUSSBAUM a renouvelé dernièrement cette tentative en y apportant quelques modifications. Il est hors de doute que l'on aura bien plus de chances de succès si l'on se sert de lambeaux doublés de muqueuse. Partant de cette idée THIERSCH, dans un cas de perforation étendue unilatérale, tailla aux dépens de la joue un lambeau formé de peau et de muqueuse et ayant son pédicule à sa partie supérieure; ce lambeau fut fixé par des sutures dans la perte de substance avivée de telle façon que sa surface cutanée était tournée du côté de la bouche, tandis que sa muqueuse regardait la cavité nasale. Pour frayer un passage au lambeau il fallut enlever deux molaires avec la portion correspondante du rebord alvéolaire ainsi que la muqueuse jusqu'au niveau de la perte de substance d'une part, et jusqu'au cul-de-sac gingivo-buccal sous-jacent au lambeau, d'autre part. La muqueuse et la peau du lambeau furent réunies ensemble par quelques points de suture avant la fixation du lambeau lui-même aux bords de la perforation. Plus tard la perte de substance de la joue fut à son tour avivée et fermée par des points de suture. L'opération réussit, et n'entraîna pas d'autre inconvénient que la production de poils au niveau de la face buccale du lambeau implanté. — Dans un cas analogue à celui de THIERSCH, ROSE réussit à fermer la perforation à la suite d'une série d'opérations dans lesquelles il utilisa des lambeaux de muqueuse labiale.

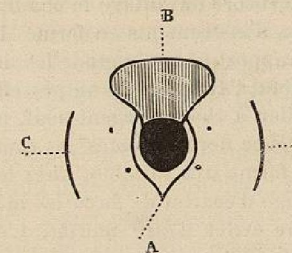


Fig. 90. — Occlusion des petites perforations du palais par le procédé d'obturation organique de LANGENBECK (*Archiv. V. fig. 14*).

V. MALADIES DES AMYGDALES ET DES PARTIES DU PHARYNX VOISINES DE CES GLANDES.

§ 142. — Les maladies que nous aurons à décrire dans le paragraphe suivant sont si communes, qu'il est nécessaire de rappeler en peu de mots la méthode d'exploration du pharynx, grâce à laquelle nous pouvons arriver à poser le diagnostic de ces affections.

Lorsque la langue est abaissée et la bouche largement ouverte, bien en face d'un foyer lumineux, on peut facilement examiner sans l'aide d'aucun instrument, la région des piliers du voile du palais, les amygdales et une partie de la paroi postérieure du pharynx. Il est clair que cet examen doit être pratiqué rapidement. Il faut savoir saisir l'instant favorable et examiner d'emblée l'endroit que l'on suppose malade. Même chez les enfants chez qui, on le sait, l'inspection de la gorge est très souvent nécessaire, on obtient dans bien des cas beaucoup plus en procédant ainsi qu'en ayant recours à des instruments spéciaux. Cependant certaines personnes, malgré la meilleure vo-