

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.

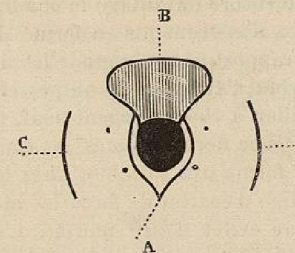


Fig. 90. — Occlusion des petites perforations du palais par le procédé d'obturation organique de LANGENBECK (*Archiv. V. fig. 14*).

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-

lonté du monde, sont incapables de donner à leur langue une position favorable, et l'on rencontre même, surtout chez les enfants, une résistance invincible à toute tentative d'examen du pharynx. Dans le premier cas on commencera toujours par essayer, la bouche du sujet étant ouverte, d'appliquer rapidement l'index sur la langue, et d'abaisser celle-ci par une pression énergique. Les personnes craintives, et surtout les enfants, permettent bien plus volontiers cette manœuvre que l'introduction d'instruments dans la bouche. L'emploi du doigt comme abaisse-langue présente toutefois certains inconvénients : le principal c'est que le doigt prend beaucoup de place et masque une partie du champ visuel ; en outre le médecin court ainsi le risque d'être mordu, et si pour éviter une morsure, on entoure le doigt d'un tube métallique, on masque encore davantage le champ visuel¹. Dans ces cas on se servira avec avantage d'instruments en forme de spatule, tantôt droits tantôt recourbés. Sous ce rapport nous obtenons les meilleurs résultats d'un instrument qui présente surtout l'avantage de ne pas effrayer l'enfant qu'il s'agit d'examiner : c'est une cuiller à thé en argent neuf, pourvue d'un manche assez large. On peut donner à ce dernier toutes les courbures voulues, et improviser ainsi une spatule de forme très variable. Chez les enfants très récalcitrants on est quelquefois obligé d'écarter de force les mâchoires et de les maintenir dans cette position pour éviter d'être mordu. L'écarteur des mâchoires de ROSER, modifié de façon à ce que ses branches puissent être fixées à divers degrés d'écartement, rend tous les services que l'on peut en attendre.

Par une forte pression exercée sur la langue on réussit assez souvent à observer la paroi postérieure du pharynx sur une grande étendue, et si l'on abaisse fortement la base de cet organe, on voit même l'épiglotte remonter à la limite inférieure du champ visuel, ce qui permet de l'examiner d'un rapide coup d'œil, surtout si le sujet, ce qu'arrive souvent alors, fait à ce moment des efforts de vomituration.

Pour pouvoir examiner longuement l'arrière-cavité de la bouche, et surtout pour y pratiquer des opérations, il faut se servir d'un spéculum buccal dans le genre de celui de WHITEHEAD figuré plus haut, ou de l'abaisse-langue de ASH ; ces instruments, très commodes pour le médecin, le sont beaucoup moins pour le malade, car, lorsqu'ils sont largement ouverts, ils causent un sentiment d'angoisse indéfinissable. On peut combiner leur emploi avec l'anesthésie chloroformique, mais on devra alors faire bien attention à la langue qui se trouve fortement refoulée en arrière par l'instrument.

§ 143. — La région que nous étudions en ce moment, est souvent le siège de **processus inflammatoires**, ce qui ne doit pas nous étonner si nous songeons aux nombreuses causes d'irritations auxquelles elle est exposée par le fait du passage des aliments et de l'air avec toutes ses impuretés. Une autre condition favorable au développement de ces affections, c'est la structure anatomique des parties qui constituent cette région, c'est la richesse de la muqueuse en glandes et en cellules lym-

1. On évitera presque sûrement une morsure si l'on a soin de refouler, tout en introduisant le doigt, la lèvre inférieure de l'enfant par-dessus le rebord alvéolaire jusque dans la cavité buccale.

(Note du traducteur).

phoïdes, lesquelles se trouvent en partie disséminées dans le tissu sous-muqueux, et en partie accumulées en groupes formant des follicules. C'est ainsi qu'entre les piliers du voile du palais on observe de chaque côté une saillie appelée **amygdale**, qui, à sa surface, paraît divisée en lobules par des dépressions plus ou moins profondes ; la muqueuse épaissie à ce niveau est constituée par un tissu en partie fibreux, en partie adénoïde. Au-dessous de l'épithélium pavimenteux stratifié et de peu d'épaisseur on trouve un réseau vasculaire serré, et la muqueuse infiltrée de corpuscules lymphatiques est divisée par des faisceaux de tissu conjonctif provenant de la sous-muqueuse, en un certain nombre de compartiments analogues aux plaques de Peyer de l'intestin. Par sa structure l'amygdale constitue en quelque sorte un réservoir pour les diverses causes d'inflammation ; c'est elle qui dans la plupart des cas est le siège de l'angine, ou bien celle-ci débute par l'amygdale pour s'étendre de là aux parties voisines.

Si l'on fait abstraction des processus inflammatoires spécifiques, on peut dire que les diverses formes d'inflammation dépendent du tissu qui en est le siège. Une tuméfaction inflammatoire générale du pharynx et des amygdales s'observe assez souvent à la suite de refroidissements ou d'autres causes d'irritation chimiques, physiques ou spécifiques de cette région. L'**angine catarrhale** qui tantôt survient isolément, tantôt accompagne le coryza et l'inflammation catarrhale de la trachée et des bronches, se manifeste par une rougeur générale et un gonflement de l'isthme du gosier, ainsi que par les troubles fonctionnels bien connus, les douleurs dans la déglutition et la phonation, douleurs qui assez souvent s'irradient dans la trompe d'Eustache. Les glandes et les follicules de la muqueuse, surtout au niveau de la paroi postérieure du pharynx, font saillie sous la forme de petites nodosités. Au moment où les symptômes aigus sont en voie de diminution, il se produit une sécrétion plus abondante de mucus. Au niveau de la paroi postérieure du pharynx on observe souvent comme reste d'angines catarrhales à répétition un gonflement inégal, granuleux, provenant d'une hyperplasie du tissu qui entoure les follicules et les glandes de la muqueuse.

Il est assez rare de voir l'**érysipèle** se développer primitivement dans la région des amygdales. Plus souvent il s'agit d'un érysipèle de la face qui s'est propagé dans le nez et la bouche jusqu'au pharynx. Les symptômes sont les mêmes que ceux de l'angine catarrhale ; en outre il se produit alors volontiers un œdème considérable du tissu sous-muqueux, surtout au niveau de la lèvre qui prend parfois des dimensions extraordinaires. Dans les cas d'érysipèle il faut toujours songer à la possibilité de la propagation de l'inflammation aux replis aryéno-épiglottiques. J'ai vu deux fois des symptômes d'asphyxie survenir dans ces conditions.

La muqueuse des amygdales, lorsqu'elle est soumise à certaines influences pathologiques, présente à sa surface un aspect papillaire de plus