

enfilée de quatre fils. Il prend alors de chaque côté deux fils en avant, et deux fils en arrière. Avec ces derniers il fait une ligature le plus loin possible, et avec les premiers une autre en avant. Il circonscrit ainsi une partie triangulaire de la base de la langue.

Telles sont les diverses opérations qui ont été pratiquées sur la langue des bègues tant pour modifier l'innervation de cet organe que pour modifier ses mouvements. Nous voyons que dès le principe deux idées ont dirigé les chirurgiens : les uns ont agi d'après l'opinion que le bégaiement dépend du système nerveux ; les autres, d'après celle qu'il dépend du système musculaire. Cette diversité d'opinions, basée sur les divers travaux faits récemment sur le bégaiement et sur les divers moyens proposés pour le guérir ou au moins le modifier, prouvait évidemment d'avance combien étaient hasardeuses les opérations chirurgicales. L'expérience a démontré qu'en effet elles ne pouvaient être pratiquées d'après aucun principe fixe. Si les praticiens qui se sont le plus occupés des causes du bégaiement avaient pu établir pour chaque cas la nature de ces causes, une conséquence naturelle de cette connaissance aurait été l'espèce du traitement convenable ; et alors on aurait pu établir que tel mode de traitement convenait pour tel cas, et tel autre pour tel autre cas. Mais jamais ces praticiens n'ont pu parvenir à préciser d'une manière positive la nature du bégaiement ; ils n'ont donc pas pu dire quel traitement convenait à la guérison de ce vice de la parole. Les chirurgiens n'ont pas été plus heureux ; et on peut même dire qu'ils ont agi moins sagement, puisque nous les avons vu opérer indistinctement tous les bègues par l'une ou l'autre méthode. Aussi ces opérations, qui dès l'origine avaient excité un enthousiasme général, sont promptement tombées dans l'oubli, et même sont rejetées aujourd'hui comme inutiles et inconvenantes. Quelques cas heureux ne doivent pas suffire pour faire entrer dans le domaine de l'art des opérations qui ne sont fondées sur aucun principe fixe. Je ne citerai pas mon expérience sur les cas où ces différentes méthodes opératoires peuvent être applicables ou ne pas l'être, parce que je ne les ai jamais employées ; les succès que j'ai vus dès le principe m'ont empêché d'y avoir recours. J'ai été consulté par des individus auxquels on avait pratiqué à plusieurs reprises la section des muscles génio-glosses, sans qu'ils eussent obtenu le moindre changement dans leur infirmité ; et je leur ai conseillé de ne rien faire. Mais il est positif que, si les succès annoncés avaient été réels,

les opérations conseillées contre le bégaiement, au lieu d'être abandonnées, auraient été comparées dans leur valeur relative, et auraient pris dans la science le rang qu'elles auraient mérité d'après leur valeur réelle. Il n'en est pas ainsi, et les partisans raisonnables de ces opérations les ont abandonnées ; ils ont été imités par les charlatans qui avaient prôné ces opérations et qui n'avaient publié que des succès, ce qui est la meilleure preuve qu'elles n'ont ni valeur réelle ni valeur relative. Elles ne doivent paraître dans la science que comme appartenant à l'histoire de l'art, et comme démontrant que la section des muscles de la base de la langue et celle des muscles génio-glosses peuvent être pratiquées sans danger dans quelques cas exceptionnels où elles peuvent convenir.

ARTICLE XI.

Maladies des amygdales.

Les amygdales peuvent être attaquées d'inflammation, de tumeurs de différentes espèces, d'ulcères, etc.

§ 1. — De l'angine ou esquinancie tonsillaire.

L'inflammation des glandes amygdales et du voile du palais est appelée angine ou esquinancie tonsillaire, parce que les glandes qui sont principalement le siège de la maladie sont nommées aussi tonsilles. Cette inflammation peut n'occuper qu'une amygdale ou s'étendre aux deux glandes ; elle peut être intense ou légère, aiguë ou chronique.

L'angine tonsillaire est une des maladies les plus fréquentes : elle règne quelquefois épidémiquement au printemps et en automne, mais surtout au printemps, lorsque la température, après avoir été froide pendant longtemps, passe tout à coup à un état opposé. Aucun âge n'en est à l'abri ; mais tous n'y sont pas également sujets : l'enfance, l'adolescence et la jeunesse y sont beaucoup plus exposées que l'âge mûr et la vieillesse. Le tempérament sanguin est considéré comme une des causes prédisposantes de cette affection. Le contact d'un corps très-chaud ou très-froid sur les tonsilles, la déglutition de substances

âcres, l'inspiration d'un gaz irritant, la marche, la course, l'équitation en sens inverse du vent, les cris, les chants forcés, la déclamation, l'usage des instruments à vent, sont les principales causes de l'angine tonsillaire : on peut y joindre le refroidissement du corps, et en particulier celui des pieds, l'usage des vêtements trop légers, et l'impression d'un air froid sur la nuque ou sur la partie antérieure du cou. Mais l'angine tonsillaire se manifeste souvent sans qu'aucune cause extérieure paraisse l'avoir provoquée, et alors on la regarde comme l'effet d'un principe morbifique ou d'une cause interne.

Les symptômes de l'angine tonsillaire varient suivant qu'elle est aiguë ou chronique, légère ou intense, et suivant qu'elle occupe les deux amygdales ou bien une seule.

L'angine tonsillaire aiguë commence par une douleur légère, accompagnée de chaleur et de sécheresse au fond de la gorge : le malade éprouve un besoin presque continuel d'avalier sa salive, et chaque mouvement de déglutition augmente la douleur. Si l'on examine alors l'intérieur de la bouche, en faisant abaisser la mâchoire inférieure et en déprimant la base de la langue avec le doigt indicateur ou avec le manche d'une cuiller, on voit l'une des amygdales ou les deux à la fois plus rouges et plus volumineuses qu'à l'ordinaire.

La sécrétion muqueuse qui a lieu dans ces organes est d'abord supprimée; puis elle se rétablit, mais avec des qualités et dans une proportion différentes de celles qui lui sont naturelles. En effet, le liquide fourni par les amygdales devient visqueux, filant, tenace, et sa quantité est manifestement augmentée; tantôt il détermine un besoin continuel d'exercer la déglutition ou de cracher, tantôt il force les malades de se tenir inclinés, la bouche ouverte, pour lui donner une issue facile, ainsi qu'aux autres mucosités qui coulent sans interruption.

La déglutition est toujours gênée et douloureuse; dans quelques cas, elle ne peut se faire qu'avec une extrême difficulté; dans d'autres, elle devient tout à fait impossible. La difficulté de la déglutition est toujours proportionnée au gonflement des tonsilles, et ce gonflement offre beaucoup de variétés. Quelquefois il est peu marqué; dans quelques cas il double leur volume; d'autres fois enfin, il parvient à un tel degré que les deux glandes se touchent par leur face interne, et que le passage des boissons et de la salive devient complètement impossible. L'altération de la voix accompagne aussi le gonflement des

amygdales. Tant que la tuméfaction n'est que médiocre, l'articulation des sons est gênée, douloureuse, sans néanmoins cesser d'être distincte : quand l'engorgement est plus considérable, les malades n'articulent qu'avec peine et lenteur quelques sons confus dans lesquels on distingue encore les mots : à un degré plus avancé le malade ne peut plus faire entendre aucune parole.

Quant à la douleur, elle n'est pas toujours proportionnée au gonflement; souvent même, et cela a lieu lorsque l'amygdale suppure, le gonflement continue à faire des progrès tandis que la douleur diminue, et alors même qu'elle a presque cessé.

Divers symptômes généraux précèdent et accompagnent l'angine tonsillaire, celle du moins qui offre une certaine intensité. Dans quelques cas, l'angine est précédée de frissons auxquels succèdent l'élévation de la chaleur et la fréquence du pouls. Ces deux symptômes augmentent par degrés, jusqu'à ce que les symptômes locaux de l'inflammation des tonsilles commencent à se manifester. Tantôt alors les symptômes fébriles qui avaient précédé cette affection persistent avec elle, tantôt ils disparaissent aussitôt qu'elle commence; dans quelques cas la fièvre survient pour la première fois ou bien elle reparait à l'époque où le gonflement des amygdales devient plus considérable. Vers cette époque, il arrive souvent aussi que la face prend une couleur rouge très-prononcée et même qu'elle se tuméfie sensiblement; souvent encore, vers la même époque, la respiration s'embarrasse, surtout lorsque l'engorgement des tonsilles est porté au point d'empêcher le passage de l'air par la bouche. Mais la gêne de la respiration dans l'angine tonsillaire est toujours bien moins considérable que celle de la déglutition.

L'inflammation est quelquefois bornée à l'une des tonsilles; mais le plus souvent elle occupe l'une et l'autre, soit à la fois, soit successivement. Dans quelques cas elle ne commence à se manifester dans la seconde qu'après avoir parcouru toutes ses périodes dans la première, quelquefois même après y avoir déterminé la formation d'un abcès. Dans tous les cas, soit que l'inflammation commence et finisse simultanément ou à des époques différentes dans les deux amygdales, il arrive presque toujours qu'elle ne présente pas la même intensité, et que la douleur et le gonflement sont plus considérables dans l'une que dans l'autre. Dans certains cas même l'inflammation se termine d'un côté par résolution, de l'autre par suppuration. Presque toujours le

voile du palais participe à l'inflammation, il devient rouge, gonflé, douloureux; il n'exécute qu'imparfaitement ses fonctions, et ne s'oppose plus au passage des boissons dans les fosses nasales: aussi la sortie des liquides par les narines est-elle un des symptômes de l'angine tonsillaire. Dans quelques cas, l'inflammation s'étend encore vers la face externe des amygdales, et les parties latérales et supérieures du cou offrent elles-mêmes une tuméfaction douloureuse qui empêche l'abaissement de la mâchoire inférieure, et par conséquent ne permet pas au chirurgien de reconnaître par la vue l'état des parties. Il est moins rare de voir l'inflammation se propager par la trompe d'Eustache jusque dans l'oreille interne. Ce symptôme accompagne presque toujours l'angine tonsillaire. Quelquefois il en résulte une surdité passagère, et assez souvent les malades croient entendre une sorte de crépitation dans l'oreille, toutes les fois qu'ils exercent la déglutition.

L'angine tonsillaire dure ordinairement de trois à quatorze jours. Elle se termine dans la plupart des cas par résolution, quelquefois par suppuration, par induration ou par gangrène. L'angine peut se terminer aussi par métastase sur les poumons, sur le cerveau ou sur l'abdomen: alors une maladie très-grave se manifeste à l'époque où l'angine disparaît.

La résolution qui termine le plus souvent l'angine tonsillaire est accompagnée de l'exhalation d'un mucus d'abord clair et visqueux qui devient par degrés opaque, et quelquefois albumineux. Lorsqu'on examine à cette époque les parties malades, on voit dans les petites excavations dont est parsemée la surface des tonsilles, de petits grumeaux blanchâtres qui adhèrent assez fortement et que des personnes peu exercées pourraient facilement prendre pour des eschares superficielles.

Lorsque l'angine tonsillaire doit se terminer par suppuration, on remarque qu'après avoir diminué d'intensité, la maladie se prolonge au delà du terme ordinaire; que la déglutition qui était devenue plus libre lorsque la douleur avait perdu sa violence, se fait de nouveau avec plus de difficulté; si la mâchoire peut s'abaisser librement, on voit l'une des amygdales ou toutes les deux plus volumineuses, plus lisses et plus unies à leur surface qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors. Quelquefois elles forment dans un point de leur surface une saillie légère, et y présentent une couleur plus pâle: si l'on porte le doigt

sur cette partie, on y distingue aisément de la fluctuation. Dans le cas où la mâchoire inférieure ne peut pas s'abaisser, il est plus difficile de reconnaître si la phlegmasie se termine par suppuration: il faut alors réunir tous les signes rationnels qui peuvent indiquer cette terminaison; il faut joindre à ceux que nous avons désignés, ces légers frissons, ces mouvements fébriles irréguliers qui accompagnent presque toujours la formation du pus; mais jamais ces divers signes ne suffisent pour établir un jugement certain, il faut du moins chercher à porter le doigt sur les parties malades lorsque l'œil ne peut les découvrir. Pour y parvenir, on commence par placer entre les deux incisives un coin de bois de peu d'épaisseur; on lui en substitue un plus épais, que l'on pousse par degrés de devant en arrière, entre les dernières dents molaires, de sorte que l'écartement des mâchoires n'ait lieu qu'avec beaucoup de lenteur: on porte alors le doigt indicateur profondément dans la bouche, vers l'isthme du gosier, et l'on parvient jusqu'à l'amygdale elle-même, dont on explore le volume et la dureté, et dans laquelle on reconnaît aisément la présence d'un liquide.

L'angine tonsillaire, avons-nous dit, se termine quelquefois par induration; c'est-à-dire, qu'après avoir augmenté de volume pendant la période d'inflammation, l'amygdale ne reprend pas son volume naturel, et qu'elle reste plus grosse et plus dure qu'avant la maladie. Lorsque l'inflammation se développe plusieurs fois dans la même amygdale, celle-ci reste chaque fois plus volumineuse; il en résulte une gêne continuelle dans l'arrière-bouche, gêne qui se fait surtout sentir dans l'acte de la déglutition, et qui oblige quelquefois de recourir à une opération particulière, à la rescision des parties tuméfiées. Du reste, l'amygdale ainsi enflée n'est pas susceptible de devenir squirrheuse, et cette espèce d'induration n'a rien d'alarmant: elle n'a d'autre inconvénient que de gêner un peu le passage de l'air et des aliments.

Il est rare que l'angine se termine par gangrène quand elle est bornée aux tonsilles. Quelquefois néanmoins, lorsque l'inflammation est très-intense on voit se former sur une d'elles ou sur les deux à la fois, une ou plusieurs taches blanches ou grisâtres qui s'étendent en largeur, puis cessent de faire des progrès et se détachent sous forme d'eschares. Cette maladie ne doit pas être confondue avec l'angine gangréneuse proprement dite, dont nous parlerons bientôt.

L'angine tonsillaire est une maladie très-sujette à reparaitre chez ceux qui en ont été une fois atteints ; on voit beaucoup de personnes qui en sont atteintes chaque année une ou plusieurs fois. Dans quelques cas, elle se reproduit à des époques fixes, au printemps et en automne, par exemple, ou même dans ces deux saisons, soit que les angines précédentes aient été jugées par résolution, soit même que l'amygdale ait suppuré.

Le traitement de cette phlegmasie varie suivant l'intensité de la maladie, l'embarras qu'elle détermine dans la déglutition et la respiration, et le mode de sa terminaison.

Lorsque l'angine est très-légère, il suffit d'éloigner les causes qui pourraient l'aggraver. L'usage d'un gargarisme acidulé peut hâter encore l'époque de la guérison. Lorsque la maladie offre une certaine intensité, on recommande de couvrir chaudement le cou et la mâchoire ; on y applique même des fomentations et des cataplasmes émollients ; on prescrit des gargarismes mucilagineux, des bains locaux, des vapeurs émollientes dirigées dans la bouche, des boissons adoucissantes et une diète sévère. Si ces moyens ne suffisent pas, on applique des sangsues au cou, près de l'angle de la mâchoire inférieure. Dans le cas enfin où la maladie a une intensité plus grande encore, il faut recourir dès le début aux saignées locales, aux pédicules irritants, et, si les symptômes généraux ne s'y opposent pas, à la phlébotomie. La saignée du bras est communément plus avantageuse que celle du pied : on a vu quelquefois celle-ci suivie d'une métastase funeste, ou tout au moins très-inquiétante, sur les poumons ou sur le foie. On doit donc préférer les saignées du bras, bien qu'il ne soit pas démontré que les saignées du pied aient déterminé les accidents qui sont survenus après leur emploi. Dans quelques cas, il est utile de joindre aux saignées l'application d'un vésicatoire à la nuque. S'il y avait des signes d'embarras gastrique on aurait recours à un vomitif : l'usage des clystères émollients, des purgatifs doux, convient dans tous les cas de constipation ; il est doublement indiqué lorsqu'il existe un embarras intestinal. Si l'angine était survenue après la suppression d'une évacuation de sang habituelle, on appliquerait des sangsues le plus près possible du lieu par lequel l'hémorrhagie avait lieu, autour de l'anus, à la vulve dans le cas de suppression d'un flux hémorrhoidal ou des menstrues, etc. Toutes les fois que l'angine ton-

sillaire a une certaine intensité, on doit proscrire les répercussifs, les gargarismes fortement acidulés qui souvent ont causé une métastase grave sur quelque viscère important.

Lorsque l'angine tend à se terminer par résolution, on cherche à favoriser cette terminaison en substituant aux vapeurs émollientes et aux gargarismes mucilagineux, des vapeurs et des gargarismes aromatiques. Si l'angine paraît avoir quelque tendance à passer à l'état chronique, il convient d'appliquer un sinapisme ou même un vésicatoire au cou, pour établir, le plus près possible de la partie malade, une forte dérivation.

Dans le cas où il se forme un abcès dans l'amygdale, on conseille l'usage prolongé des vapeurs émollientes, pour en favoriser l'ouverture spontanée : un vomitif, administré à cette époque, a quelquefois aussi déterminé la rupture des parois de l'abcès ; mais on ne doit recourir à ce moyen qu'autant qu'il n'est pas possible de conduire un bistouri jusque sur la glande. Souvent l'abcès perce de lui-même ; quelquefois la pression qu'on exerce sur ses parois, pour reconnaître la fluctuation, suffit pour en déterminer la rupture. Mais dans la plupart des cas, il faut en venir à l'incision de la tumeur : on commence par écarter les mâchoires, en plaçant entre les dents molaires un morceau de bois blanc taillé en forme de coin ; on abaisse ensuite la base de la langue avec un ou deux doigts, et l'on introduit dans la bouche un bistouri long et étroit, tenu horizontalement, et dont la lame fixée sur le manche est couverte d'une bandelette jusqu'à trois ou quatre lignes de sa pointe ; on fait sur la tumeur une incision transversale, et l'on retire promptement le bistouri, en ayant soin d'écarter sa pointe des parties qu'elle pourrait blesser dans le moment où la douleur fait faire au malade des mouvements involontaires.

Il est des cas où le gonflement des parties supérieures du cou s'oppose à tel point à l'abaissement de la mâchoire, qu'il est tout à fait impossible d'obtenir un écartement qui permette de guider avec l'œil l'instrument au moyen duquel on se propose d'ouvrir la tumeur ; dans ce cas, ce sera le doigt indicateur dont l'extrémité touchera la tumeur, en même temps que dans sa longueur il déprimera la langue, qui servira de guide au bistouri.

Quelques chirurgiens emploient de préférence, pour ouvrir ces abcès, une lancette fixe sur son manche : d'autres se servent du pha-

ryngotome, dont la lame cachée dans une espèce d'étui en sort instantanément pour ouvrir la tumeur, et y rentre au moyen d'un ressort. Nous préférons le bistouri, avec lequel on apprécie mieux la profondeur à laquelle pénètre l'instrument, le lieu où l'on opère et l'étendue de l'incision.

Lorsqu'on a retiré l'instrument, on porte le doigt indicateur sur la tumeur, afin d'exercer une pression suffisante pour faire écouler une grande partie du pus qu'elle contient. S'il s'était formé plusieurs abcès distincts, il faudrait les ouvrir successivement.

Dans les cas où le volume des amygdales est considérable, et où la suppuration n'est pas encore bien établie, la gêne croissante de la déglutition et de la respiration oblige quelquefois de procurer un prompt dégorgeement des parties au moyen de scarifications, qui permettent l'écoulement du sang et du pus déjà amassés dans plusieurs points de ces glandes. De cette manière on arrête la marche alarmante des symptômes, et on apporte un prompt soulagement à l'état d'anxiété où se trouvent les malades; mais il est rare que l'angine tonsillaire ait assez d'intensité pour qu'il soit nécessaire de recourir au moyen dont il s'agit.

Il est une autre circonstance qui rend nécessaire l'incision de la tumeur avant que la suppuration y soit manifeste : c'est lorsque le gonflement inflammatoire s'étend aux parties voisines du cou, et présente assez d'intensité pour qu'il soit à craindre que la suppuration s'y établisse. Il pourrait alors arriver, comme cela a été vu, qu'il se formât une fistule depuis la cavité de la bouche jusqu'aux téguments du cou. Une telle fistule donnerait passage à la salive et aux aliments, et serait peut-être très-difficile à guérir. Lorsque l'abcès de l'amygdale est ouvert, on prescrit des gargarismes d'eau d'orge et de miel rosat.

L'angine tonsillaire qui se termine par induration laisse l'amygdale plus volumineuse que dans l'état ordinaire. C'est là, à proprement parler, l'angine chronique, dont les symptômes sont une gêne plus ou moins grande dans la déglutition, un embarras plutôt qu'une véritable douleur dans l'arrière-gorge, et quelquefois un besoin presque continu d'avaler sa salive. Les gargarismes résolutifs et aromatiques, les doux laxatifs ne suffisent pas toujours pour dissiper cette maladie quand elle dure seulement depuis un ou plusieurs mois; ils sont presque constamment inutiles quand elle dure depuis un temps plus long;

dans ce cas, il faut recourir à une opération particulière dont nous parlerons bientôt.

Lorsque l'angine tonsillaire se termine par gangrène, il importe, pour diriger le traitement d'une manière convenable, d'examiner avant tout si l'affection est locale, ou si elle est liée à une disposition générale de l'économie. Dans le premier cas, c'est aux moyens locaux qu'il convient de recourir; dans le second, il faut joindre au traitement local, qu'on ne doit jamais négliger, des remèdes généraux. Les gargarismes préparés avec l'acide sulfurique et une décoction tonique, comme celle de quinquina, sont une espèce de lotion dont on doit faire usage dans les deux cas. Si le mal est tout à fait local, on peut s'en tenir à ce moyen, auquel il est encore bon de joindre l'application d'un large vésicatoire derrière le cou. Si une fièvre adynamique accompagne cette gangrène des tonsilles, il faut combiner avec le traitement local indiqué l'usage des remèdes que réclame cette espèce de maladie, tels que les décoctions amères et aromatiques, les boissons acidulées et vineuses, les bols de camphre, les vésicatoires volants, etc. Lorsque l'eschare viendra à se détacher, on modifiera le traitement suivant l'aspect de la plaie qu'elle aura laissée à découvert. Si cette plaie est d'un rouge vif, on se contentera de moyens adoucissants, de gargarismes mucilagineux ou légèrement acidulés. Si, au contraire, elle est livide et noire, il est à craindre que la gangrène ne s'en empare de nouveau, et l'on doit insister sur les mêmes remèdes dont on avait usé avant la chute de l'eschare.

Quand l'angine a fini par une métastase, il faut modifier le traitement suivant l'affection qui survient; si cette affection est grave, on fera bien de joindre à l'emploi des moyens qu'elle réclame par elle-même, l'application de vésicatoires ou de sinapismes à la partie antérieure et supérieure du cou, le moins loin possible du lieu qu'occupait la maladie première.

§ 2. — De l'angine gangréneuse ou maligne.

On a donné le nom d'angine maligne à une inflammation gangréneuse de la gorge accompagnée de tous les caractères généraux d'une fièvre putride (adynamique), ou bilieuse putride (gastroadynamique). Cette angine, qui est très-grave, règne ordinairement d'une manière épidémique, et paraît se transmettre d'un indi-