

duire une partie de ce que je viens de dire à propos du diagnostic de la grenouillette aiguë.

Comme la pathogénie, le traitement de la grenouillette a exercé la sagacité des chirurgiens, ainsi qu'en témoigne le nombre des traitements proposés. Cette affection est en effet très sujette à récurrence, en raison du mode de constitution de la bourse de Fleischmann (voir fig. 109 et 110, *Traité d'anat. topogr.*, 4^e édition), dont les parois restent écartées l'une de l'autre après l'évacuation du liquide.

Voici le procédé que je conseille, après l'avoir mis en pratique un grand nombre de fois et en général avec un succès complet. Il est, en outre, d'une extrême simplicité, ce qui a bien sa valeur, si l'on songe que des chirurgiens ont proposé la dissection et l'excision de la poche.

Introduire dans la partie saillante de la tumeur un ténaculum et enlever d'un coup de ciseaux courbes la portion ainsi embrochée. Le liquide s'écoule aussitôt, les bords de la plaie s'écartent et il en résulte une large ouverture à travers laquelle on voit nettement la paroi profonde du kyste. Faire laver la bouche du malade et attendre que tout écoulement de sang ait cessé. Promener alors un crayon de nitrate d'argent sur toute la surface interne de la poche. Il sera bon de renouveler deux ou trois fois la même cautérisation dans les jours suivants, lorsque les eschares sont détachées.

6^e MALADIES DE L'ISTHME DU GOSIER.

L'isthme du gosier est l'orifice intermédiaire à la bouche et au pharynx. Il nous présente à étudier les maladies des piliers du voile du palais et celles de l'amygdale.

On observe dans cette région des ulcérations diverses. Elles sont en général de nature syphilitique ou épithéliale. Ces ulcérations empruntent un caractère de gravité exceptionnel à la région qu'elles occupent. En effet, immédiatement en dehors de l'amygdale se trouve l'artère carotide interne, et il est possible que ce vaisseau soit ulcéré à la longue, d'où la production d'une hémorrhagie rapidement mortelle.

Les ulcérations syphilitiques de l'isthme du gosier se présentent le plus souvent à l'état de plaques muqueuses disséminées à la surface des piliers ou sur l'amygdale, et leur diagnostic ne présente aucune difficulté. M. A. Guérin a décrit une sorte de rétrécisse-

ment syphilitique de l'isthme du gosier qu'il a comparé à l'atrésie de même nature que l'on rencontre si souvent dans le rectum.

Épithéliome de l'isthme du gosier. — L'épithéliome de l'isthme du gosier est une variété de cancroïde buccal plus grave encore peut-être que celui de la langue, en ce qu'il est moins accessible à l'action chirurgicale, et souvent même, à mon sens, tout à fait inopérable. Il débute tantôt par le pilier antérieur, tantôt par l'amygdale, et le praticien se demande au début, comme pour la langue, s'il ne s'agirait pas d'une affection syphilitique tertiaire, d'une gomme suppurée de l'amygdale, par exemple. Il est certain que le diagnostic différentiel est des plus obscurs dans ces derniers cas et qu'il est indispensable de recourir au traitement spécifique avant de tenter aucune intervention.

Deux cas cliniques se présentent à l'observation : 1^o le cancroïde est superficiel, la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont seuls envahis et il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire ; 2^o toute la région est affectée, la tumeur fait saillie et dans la bouche et sur les parties latérales du cou ; l'amygdale, les piliers, les ganglions sous-maxillaires, constituent une masse unique indurée.

Dans le premier cas, il est relativement facile d'enlever l'épithéliome, et le meilleur procédé consiste à pratiquer l'incision préliminaire commissurale, c'est-à-dire une incision horizontale étendue de la commissure au bord antérieur du masséter. On accède ainsi directement sur le pilier antérieur que l'on enlève avec le thermo-cautère, ou mieux avec le bistouri, car il est assez facile de faire l'hémostase.

Le second cas clinique n'est plus justiciable du même procédé, et la tumeur ne peut être enlevée qu'à l'aide d'une intervention des plus compliquées et des plus graves. Voici le manuel opératoire : 1^o pratiquer d'abord la trachéotomie, afin d'éviter la chute du sang dans la trachée au cours de l'opération et de pouvoir continuer l'anesthésie en faisant respirer le chloroforme par la canule ; 2^o lier la carotide externe à son origine et mettre un fil d'attente au-dessous de la carotide interne ; 3^o enlever la portion du maxillaire inférieur correspondant à la tumeur ; 4^o pénétrer alors dans la bouche, saisir la masse avec les doigts, un crochet, des pinces à griffes, et la détacher à coups de ciseaux ou de bistouri ; 5^o introduire une sonde à demeure dans l'estomac pour pouvoir alimenter le malade.

Cette opération présente de réelles difficultés, un danger

sérieux, et, si l'on songe qu'en cas de guérison le malheureux patient est sous le coup d'une récurrence très probable et à courte échéance, on est, à mon avis, peu tenté de la conseiller et de la pratiquer. Cependant, lorsque la tumeur est bien limitée et peut être enlevée en totalité, lorsque le malade réclame instamment une opération (et certains d'entre eux parlent de recourir au suicide, si on ne les opère pas), je ne crois pas qu'on puisse la refuser.

Abcès de l'isthme du gosier. — La science possède et les journaux publient de temps en temps des cas d'hémorragie foudroyante à la suite de l'incision d'un abcès de l'amygdale, la carotide interne ayant été ouverte; ces faits ont bien le droit de faire réfléchir le praticien au moment d'enfoncer un bistouri dans cette région, d'autant plus que l'accident est arrivé entre les mains de chirurgiens compétents.

Je crois devoir établir ici une distinction qui n'a pas encore été faite et qui rend compte des faits observés.

Il existe deux espèces d'abcès pouvant venir faire saillie à la région amygdalienne : l'une prend son point de départ dans la loge de l'amygdale, l'autre en dehors de cette loge. Le premier de ces abcès est à peu près constamment consécutif à une amygdalite aiguë; le second à un adéno-phlegmon d'un ganglion profond du cou. Or la carotide interne se trouve en contact immédiat avec la face externe de l'amygdale dont la sépare une cloison cellulo-fibreuse, et les ganglions lymphatiques reposent sur la face externe de cette artère.

Il est facile de déduire les conséquences résultant de ces rapports anatomiques : l'abcès de l'amygdale repousse la carotide en dehors; l'adéno-phlegmon la repousse en dedans : c'est donc affaire de diagnostic. En présence d'un abcès de la région amygdalienne saillant dans le pharynx, posez-vous toujours cette question : Le pus vient-il de l'amygdale ou d'un ganglion profond du cou? C'est principalement à la marche de l'affection qu'il faudra demander la solution du problème. L'abcès amygdalien sera ouvert sans le moindre danger par la bouche; dans le cas contraire, recherchez si le foyer n'est pas accessible du côté de la peau, et, lorsqu'il faut intervenir par la bouche, recherchez avec le plus grand soin à l'aide du doigt l'existence des battements artériels. Lorsque la carotide interne est blessée, comprimez tout

de suite la carotide primitive au niveau du tubercule carotidien et, s'il en est temps encore, pratiquez la ligature de cette artère ou mieux celle de la carotide interne à son origine.

Hypertrophie des amygdales. — Amygdalotomie. —

Rien de plus commun que l'hypertrophie des amygdales et rien aussi de plus commun que cette question : Faut-il enlever les amygdales?

L'hypertrophie des amygdales entraîne un certain nombre d'accidents : elle gêne la respiration par les fosses nasales et oblige à dormir la bouche ouverte, ce qui provoque un état de sécheresse de la gorge assez pénible. Chassaignac disait qu'elle s'oppose au développement de la cage thoracique et des poumons, ce qui est peut-être un peu exagéré. Elle expose les sujets à des amygdalites à répétition, provoque ou entretient un certain degré de surdité en oblitérant le pavillon des trompes d'Eustache; encore est-il probable que dans beaucoup de cas la surdité tient plutôt à l'existence des petits adénomes pharyngiens dont j'ai parlé plus haut. Quoi qu'il en soit, il existe des cas assez nombreux où l'extirpation des amygdales est indiquée et rend service aux malades.

Il ne suffit pas cependant que les glandes soient un peu plus volumineuses qu'à l'état normal et qu'elles débordent seulement les piliers de quelques millimètres pour qu'on en pratique l'excision. La véritable indication de l'opération est lorsqu'elles se touchent ou lorsque l'une d'elles (si une seule est hypertrophiée) arrive jusqu'à la ligne médiane. Dans ce cas, pas de doutes, conseillez l'amygdalotomie. Il est bien entendu que nous ne devons pas nous proposer d'énucléer entièrement l'amygdale, mais seulement d'enlever la partie gênante, celle qui déborde les piliers.

Ne perdez jamais de vue le précepte suivant, sous peine d'observer des accidents graves, mortels même, à la suite d'une opération aussi bénigne que l'amygdalotomie. Les malades ou les parents des malades viennent le plus souvent vous trouver pendant ou bien aussitôt après une amygdalite. Or, gardez-vous d'opérer à ce moment. C'est pour n'avoir pas suivi cette règle que l'on voit de temps en temps des hémorragies terribles qui compromettent la vie, nécessitent une compression pénible, difficile, des cautérisations et même la ligature de l'artère carotide externe. J'ai raconté l'histoire d'un de mes élèves qui, n'ayant pas voulu suivre mes conseils, faillit mourir à bout de sang.

Informez-vous donc toujours avec le plus grand soin de la date de la dernière amygdalite et n'opérez qu'un mois ou six semaines plus tard. Un autre accident est possible, si vous opérez sur une amygdale enflammée et dont le tissu est encore friable et ramolli : des lambeaux de la glande peuvent se détacher et tomber sur la glotte. J'ai vu dans son cabinet un praticien n'avoir que le temps d'aller avec le doigt rechercher ces fragments pour éviter une asphyxie imminente.

Quant au manuel opératoire, j'emploie en général l'amygdalotome — et de préférence celui qui se manœuvre d'une seule main. Il faut s'assurer auparavant de son bon fonctionnement, car j'en ai vu faire défaut à moitié route (et c'est le principal reproche qu'on puisse adresser à cet instrument si ingénieux). La dimension de la lunette doit être en rapport avec le volume de l'amygdale, car, si elle est trop large, la lame coupera mal. Déprimez avec l'instrument la base de la langue et chargez l'amygdale de bas en haut en profitant du moment où les deux glandes se rapprochent fortement l'une de l'autre. Faites ensuite laver la bouche avec de l'eau légèrement vinaigrée.

7° AFFECTIONS DE LA MÂCHOIRE SUPÉRIEURE.

La plupart des auteurs décrivent dans un chapitre unique les maladies des deux mâchoires, en raison de plusieurs caractères communs : mais il y a aussi des signes spéciaux et surtout des opérations spéciales à chacune d'elles, et il me semble préférable de les étudier séparément, au risque de quelques répétitions.

La mâchoire supérieure peut être le siège de fractures, d'inflammation, de fistules, de névralgies et de tumeurs.

A. Fractures de la mâchoire supérieure. — Les fractures de la mâchoire supérieure sont le plus souvent la conséquence d'un *choc direct* : chute sur un corps dur et anguleux, coup de pied de cheval, éclat d'obus, etc. Le choc porte sur le rebord alvéolaire seul, sur la branche montante, sur l'os malaire ou sur le corps de l'os. Ces fractures s'accompagnent toujours d'un délabrement plus ou moins considérable des parties molles de la face et donnent lieu à un écoulement abondant de sang par le nez et la bouche. Le diagnostic en est le plus souvent facile : vive douleur à la pression

dans un point déterminé ; mobilité anormale et crépitation, surtout si le siège de la fracture est le rebord alvéolaire.

Les blessés atteints de ces violents traumatismes présentent tout d'abord un aspect de nature à faire porter un pronostic grave, d'autant plus qu'il existe ordinairement en même temps un certain degré de commotion cérébrale, mais les accidents ne tardent pas à diminuer et la guérison se fait en général rapidement. Il n'est pas nécessaire de s'occuper spécialement de la fracture, car il n'y a pas de déplacement : tout au plus tenterait-on de remettre en place le rebord alvéolaire, s'il était refoulé vers la cavité buccale.

La mâchoire supérieure est parfois atteinte de *fracture indirecte*. C'est à la vérité plutôt une disjonction, un diastasis, qu'une fracture proprement dite. Cette lésion reconnaît le plus souvent pour cause une chute ou un coup violent sur le menton. Le maxillaire inférieur, résistant au choc, frappe sur le supérieur comme sur une enclume et le sépare de ses connexions, soit avec son congénère sur la ligne médiane, soit avec le palatin, soit avec l'os malaire. Ce n'est qu'à l'aide d'un examen minutieux et attentif de ces divers points qu'on arrivera au diagnostic, car il ne faut compter ni sur la mobilité ni sur la crépitation. M. A. Guérin a cependant signalé la mobilité possible de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, mais la douleur en un point très limité, quelquefois une ecchymose, seront en général les seuls signes de fracture. L'erreur ne serait d'ailleurs pas préjudiciable au malade, le traitement n'offrant aucune indication spéciale.

B. Inflammation de la mâchoire supérieure. — Les inflammations de la mâchoire supérieure sont en général des ostéites ou des ostéo-périostites liées à une altération du système dentaire. Il survient souvent de petits abcès du rebord alvéolaire au niveau des gencives, mais l'inflammation peut remonter plus haut, et son siège de prédilection est la fosse canine. Cette région est d'abord très tuméfiée, très douloureuse, et le pus vient faire saillie du côté de la bouche au point de réflexion de la muqueuse génienne. Il faut lui donner issue dès que la fluctuation est manifeste. Si la cause, c'est-à-dire la dent malade, persiste, l'abcès se reproduit au bout d'un certain temps : aussi est-il indispensable d'enlever la dent.

Au lieu de se porter vers la bouche, le foyer situé plus en dehors se porte vers la joue et vient faire saillie sous la peau au voisinage de l'os malaire où il détermine souvent la production d'une fistule.