

sans tiraillement, et venir pour ainsi dire d'eux-mêmes se placer au-devant de la fissure palatine, où ils sont maintenus par la suture. Tantôt les lambeaux que l'on dessine sont complètement libres en avant, comme dans les procédés de Botrel et de Roux; tantôt ils sont laissés adhérents en avant et en arrière à la voûte palatine, et libres par leur partie moyenne, ils sont soulevés en forme de pont. C'est à cette dernière manière de faire que l'on a recours aujourd'hui, et le procédé que l'on emploie mérite à juste titre le nom de procédé Baizeau-Langenbeck; il comprend de larges lambeaux latéraux, comme l'a indiqué Baizeau, et, dans ces lambeaux, le périoste de la voûte palatine, ainsi que l'a pratiqué le premier avec succès Langenbeck.

M. Lannelongue a imaginé un procédé particulier applicable aux fissures très larges, dans lesquelles le bord inférieur de la cloison fait une saillie marquée. Il est basé sur ce fait que nous avons déjà indiqué, savoir, que la muqueuse du bord libre de la cloison présente une épaisseur considérable. M. Lannelongue dessine donc un lambeau quadrangulaire aux dépens de cette muqueuse, le mobilise avec le périoste correspondant, l'abaisse et le maintient appliqué contre le bord externe de la fente palatine préalablement avivée par quelques points de suture. Ce procédé a donné entre les mains de son auteur trois succès.

2<sup>o</sup> **Staphylorrhaphie.** — La suture d'une fente palatine fut pratiquée pour la première fois par un dentiste de Rouen, Lemonnier. Plus tard, Eustache (de Béziers) fut conduit à proposer la même opération dans un mémoire à l'Académie de chirurgie. Mais sa proposition fut repoussée. En 1816, Graefe (de Berlin) fit cette opération et obtint un succès; mais son procédé était défectueux, et plusieurs tentatives ultérieures, faites jusqu'en 1820, échouèrent. En 1819, Roux, qui n'avait pas eu connaissance de l'opération de Graefe, pratiqua sa première opération sur un jeune docteur américain, Stephenson; il mit en usage un bon procédé et eut du premier coup un succès; depuis lors cette opération, répétée un très grand nombre de fois par ce chirurgien, se vulgarisa rapidement. Les noms de Graefe et de Roux doivent donc être associés dans la découverte de la staphylorrhaphie.

L'opération se compose de l'avivement des lèvres de la fente et de la suture. Le passage des fils présente de grandes difficultés, et a

donné naissance à un nombre considérable d'instruments. Le plus simple est l'aiguille du professeur Trélat. Nous renvoyons du reste, pour l'étude de l'opération, aux traités de médecine opératoire. Nous nous contenterons de dire que, si les bords du voile palatin étaient trop tendus après la suture, on devrait y pratiquer des débridements latéraux, comme l'a conseillé Dieffenbach. On est allé beaucoup plus loin dans cette voie : Mason Waren a fait la section du pilier postérieur; Fergusson, celle des péristaphylins internes et des glosso-staphylins; enfin Sédillot a pratiqué la section des péristaphylins internes, des piliers antérieurs et postérieurs du voile. Mais de pareilles sections sont inutiles et même nuisibles, et les incisions latérales de Dieffenbach sont suffisantes.

Il est bien entendu qu'après l'opération un calme absolu doit être imposé aux malades; on leur défendra de parler; on ne leur permettra que des aliments liquides; toutefois il faut, dès les premiers jours, alimenter les malades, l'alimentation étant favorable au travail de la réparation et à la vitalité des lambeaux.

Un progrès considérable dans la pratique de ces opérations est dû à l'emploi du chloroforme, rendu possible par le procédé qui consiste à opérer les malades la tête tombante. De cette manière, on évite l'entrée du sang dans les voies aériennes, et l'on peut recourir à l'anesthésie. M. Trélat employait le chloroforme et cette position spéciale de la tête dans ses opérations.

**Indications et contre-indications de l'autoplastie.** — Ici, comme sur plusieurs autres points de la chirurgie, la lutte a été vive entre la prothèse et l'autoplastie. On a peine à comprendre tout d'abord qu'il en soit ainsi, tant l'autoplastie semble avoir d'avantages sur sa rivale. L'autoplastie, comme l'a dit au Congrès de Genève, en 1877, M. Trélat, guérit sans appareils coûteux et pour longtemps. Les cas de destruction de la cicatrice et de récurrence sont rares. On peut ajouter que l'autoplastie guérit presque sans danger, car M. Trélat a pu opérer 46 malades sans avoir un seul décès, et Roux ne perdit son premier opéré qu'après sa cinquantième opération. La prothèse au contraire laisse persister une difformité qu'elle ne fait que pallier; elle oblige à porter constamment un appareil qu'il faut entretenir et renouveler. On ne comprend donc pas comment la lutte ait pu se prolonger entre les deux méthodes. Cela tient à ce que l'autoplastie n'a pas toujours tenu ce qu'elle promettait : plus d'une fois, après



s'être soumis à une opération, les malades ont été cruellement déçus dans leur attente, en voyant que chez eux la parole n'était en rien améliorée. Il faut en effet établir une distinction bien nette entre le résultat plastique de l'opération, qui peut être parfait, et le résultat fonctionnel, qui peut être nul ou, du moins, très insuffisant.

On a beaucoup discuté sur les causes de cet insuccès au point de vue fonctionnel : Passavant avait avancé que les troubles persistants de la phonation après la staphylorrhaphie tenaient à l'insuffisance de longueur du voile, qui ne pouvait se mettre en contact avec la paroi postérieure du pharynx. Mais Julius Paul, se fondant sur les cas de soudure complète du voile du palais avec le pharynx, où l'on observe le nasonnement de la voix, a démontré que telle n'était pas la cause de l'imperfection des résultats. On a accusé aussi le défaut d'innervation du voile, le développement incomplet de ses muscles. Enfin M. Trélat incrimine surtout la brièveté de la voûte palatine et l'arrêt de développement des maxillaires supérieurs. Toutes les fois, dit-il, que la voûte et le voile sont trop courts, on nasonne toujours malgré l'autoplastie; mais la prothèse n'y peut rien non plus.

Mais, à côté de ces causes tenant au vice de conformation lui-même et expliquant, dans certains cas, l'imperfection des résultats, il en est une autre beaucoup plus générale, et qui, à cause de cela, mérite toute l'attention. C'est sur elle que M. Trélat a surtout insisté dans sa très importante communication à l'Académie de médecine en 1884. Cette cause, c'est le défaut d'exercice. Il est nécessaire que les sujets atteints de division palatine soient méthodiquement exercés à parler; suivant qu'ils auront été ou non soumis à des exercices méthodiques, on observera dans les résultats les différences les plus grandes. Si la prothèse a paru parfois obtenir l'avantage sur l'autoplastie, c'est que les sujets munis d'appareils prothétiques avaient été soigneusement exercés à la parole. On n'a pas oublié le fait de cet industriel qui, atteint d'une destruction complète du voile du palais, s'était construit un appareil à l'aide duquel il parlait fort bien; il vendit son secret fort cher à un dentiste; mais quand celui-ci voulut en faire l'application sur ses clients, le résultat fut déplorable. Tout le secret de l'industriel consistait dans l'éducation très soignée à laquelle il s'était soumis. Nous concluons donc avec M. Trélat : « Qu'il faut soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où il essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opé-

ration, et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. C'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle. »

En résumé donc, l'autoplastie est la méthode de choix dans le traitement des fentes palatines; les indications de la prothèse se trouvent bornées aux cas dans lesquels l'autoplastie est impossible, c'est-à-dire dans lesquels la fente est trop considérable, l'atrophie des parties trop marquée pour qu'il soit possible d'y tailler des lambeaux. Mais reste une question de la plus haute importance, c'est celle de l'âge auquel il convient d'entreprendre l'opération. Avant l'emploi du chloroforme, on retardait l'intervention jusqu'à ce que les malades eussent assez de raison pour se prêter librement à une opération. Depuis lors, on a beaucoup avancé le moment de l'intervention opératoire, et l'on en est venu à opérer jusque dans les premiers mois. C'est là une erreur, l'opération présentant à ce moment de graves dangers; et ici encore nous concluons avec M. Trélat « qu'il ne faut pas faire d'opérations plastiques sur le palais avant l'âge de sept ans au minimum. Avant cet âge, elles sont dangereuses, compromises ou inutiles. »

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES DES AMYGDALES

#### I

##### AMYGDALITE PHLEGMONEUSE

Bien que l'inflammation des amygdales appartienne à la pathologie interne, nous devons cependant consacrer ici quelques mots à l'amygdalite phlegmoneuse, tant à cause du traitement qu'elle nécessite que des graves complications auxquelles elle peut donner lieu.

Certaines personnes sont soumises à de fréquentes rechutes de l'amygdalite, et chez elles la maladie a tendance à prendre toujours la forme suppurative. Un gonflement violacé intense, un œdème considérable de la luette et des piliers du voile du palais, des douleurs qui prennent le caractère gravatif ou pulsatif, permettent de



prévoir dès le début la nature phlegmoneuse de l'affection. Le malade a une fièvre violente, et quelquefois un état d'anxiété extrême. Monro a laissé un tableau saisissant de l'état d'angoisse auquel il fut en proie pendant le cours d'un phlegmon de l'amygdale. La face est vultueuse, la voix rauque et nasonnée, la respiration est bruyante; il y a parfois de véritables accès de suffocation.

La présence de la tumeur amygdalienne provoque un besoin incessant de déglutition. Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont douloureux; il en résulte une constriction passagère des mâchoires, qui ne permet d'explorer la gorge qu'avec les plus grandes difficultés. A ces symptômes se joignent un engorgement ganglionnaire au niveau de l'angle de la mâchoire, des douleurs dans l'oreille et quelquefois de la surdité par propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache.

Il est rare que le phlegmon amygdalien occupe les deux côtés à la fois; le plus souvent il est unilatéral, et quand les deux amygdales doivent suppurer, elles sont habituellement atteintes l'une après l'autre.

C'est vers le huitième jour que l'abcès est collecté et tend à s'ouvrir; on peut alors, avec le doigt porté sur la tumeur, percevoir une sensation de rénitence particulière, et même de fluctuation. Le point où l'ouverture doit se faire présente une saillie de plus en plus marquée et une coloration d'un blanc jaunâtre. Presque toujours l'ouverture se produit dans l'intérieur de la bouche, et suffit immédiatement à faire disparaître tous les accidents. Il est exceptionnel que l'ouverture de l'abcès se fasse au dehors, du côté du cou.

**Complications.** — Un des points les plus intéressants de l'histoire du phlegmon amygdalien, c'est l'étude des graves complications qu'il peut présenter.

L'inflammation est quelquefois assez intense pour provoquer le sphacèle. Cette gangrène due à la tension extrême des tissus, à l'exagération du processus inflammatoire, est exceptionnelle dans l'angine phlegmoneuse franche. Elle diffère beaucoup par sa signification de l'angine gangréneuse maligne qu'on observe à la suite des fièvres éruptives, et des maladies générales, comme la diphtérie.

Il est exceptionnel de voir l'angine phlegmoneuse amener la mort. Cependant le pus a pu fuser le long de la région cervicale et pénétrer dans la poitrine, comme Londe en rapporte un exemple. D'autres

fois le pus pénétrant dans les voies respiratoires, au moment de l'ouverture de l'abcès, surtout pendant le sommeil, a pu déterminer la suffocation. Mais les complications les plus graves sont celles qui peuvent se montrer du côté des vaisseaux. Dans une thèse récente sur ce sujet, M. Breton (1885) insiste sur la possibilité de phlébites suppurées développées au voisinage d'un phlegmon amygdalien, et rapporte un exemple de cette grave complication observée par lui dans le service de M. Rigal, et terminé par l'infection purulente et la mort. D'après l'auteur, cette phlébite a été constatée jusque dans les veines pharyngienne inférieure, linguale, ranine, jugulaire interne et maxillaire interne. Les malades ont succombé, soit aux progrès de l'œdème et à la suffocation, soit à l'infection purulente.

Une autre complication, non moins redoutable, c'est l'ulcération de la carotide interne au cours d'une amygdalite suppurée. Déjà Grisolle en a rapporté un exemple. En 1878, M. Ehrmann (de Mulhouse) a adressé une observation semblable à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un phlegmon de la région amygdalienne, survenu chez un jeune homme de vingt-deux ans en apparence bien portant. L'ouverture spontanée de l'abcès au huitième ou neuvième jour amena une hémorrhagie foudroyante, qui nécessita la ligature de la carotide primitive; le malade guérit. M. Monod, dans un mémoire sur la perforation des artères au contact des foyers purulents, a pu ajouter au fait d'Ehrmann quatre autres observations.

On comprend combien de pareilles complications sont de nature à aggraver le pronostic de l'amygdalite phlegmoneuse. Hâtons-nous d'ajouter qu'elles sont tout à fait exceptionnelles.

**Traitement.** — Si les astringents, si même une application de sangsues au début, n'ont pu arrêter la marche de l'amygdalite phlegmoneuse, il est inutile d'insister sur ces moyens. Il faut se contenter de calmer la douleur par des gargarismes émollients. Un vomitif peut quelquefois produire un bon résultat. Si la gêne de la respiration n'est pas trop marquée, on peut laisser l'abcès s'ouvrir spontanément. Si, au contraire, il y a une véritable angoisse, des phénomènes effrayants du côté de la respiration, il faut donner issue au pus, dès qu'il est collecté. Pour cela, on se servira d'un bistouri entouré de linge ou de diachylon jusqu'à 4 centimètre de sa pointe; on le conduira avec précaution, guidé sur l'index de la main gauche, jusque sur le point fluctuant, et on tiendra l'instrument parallèle à la



cavité buccale pour ne pas risquer d'aller blesser en dehors la carotide interne.

## II

## HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

**Étiologie.** — C'est surtout dans l'enfance et chez les individus lymphatiques qu'on observe l'hypertrophie des amygdales. Elle se montre comme conséquence d'amygdalites aiguës qui récidivent avec la plus grande facilité, et qui, à chaque nouvelle attaque, aggravent la maladie préexistante. Chez les adultes, l'hypertrophie amygdalienne est beaucoup plus rare; elle est quelquefois la conséquence de la syphilis, qui détermine une augmentation de volume, en même temps qu'une induration de l'organe.

**Anatomie pathologique.** — Elle a été faite dans ces dernières années par M. Cornil. Généralement les cryptes amygdaliennes sont réduites à de simples fentes dont les parois sont en contact. Les follicules lymphatiques sont augmentés de volume et séparés par des bandes épaisses de tissu fibreux hypertrophié. Le réseau papillaire du chorion muqueux est atrophié, comme si la muqueuse était tendue et repoussée en avant par l'hypertrophie du tissu sous-jacent. C'est à cette atrophie de la muqueuse qu'est dû l'aspect lisse et poli de l'amygdale. Les vaisseaux sanguins, artères et veines, sont sclérosés; leur calibre est diminué. Il résulte, disent MM. Cornil et Ranvier, de cet état des vaisseaux, que les amygdales hypertrophiées sont anémiques, et que leur ablation donne lieu à une hémorrhagie insignifiante.

Quelquefois l'amygdale hypertrophiée a subi la dégénérescence fibreuse; les follicules sont alors détruits en pareil cas, et l'organe presque entièrement réduit à du tissu fibreux.

**Symptômes.** — Tantôt l'hypertrophie des amygdales se développe lentement, tantôt elle se montre à la suite d'un certain nombre de poussées aiguës successives. Le plus souvent la coloration des amygdales est d'un rose pâle; il est exceptionnel de les voir présenter une couleur rouge intense, en dehors des moments d'inflammation. Parfois on aperçoit à leur surface des points jaunâtres, constitués par

des amas de matière caséuse accumulée dans les cryptes amygdaliennes.

Il y a bien plutôt de la gêne que de la douleur, mais parfois le rétrécissement de l'isthme du gosier est tel que la respiration est sérieusement entravée. Les enfants sont obligés de respirer la bouche ouverte, ce qui leur donne un air d'hébétude particulier. L'haleine est habituellement fétide au moment du réveil. Souvent il existe un engorgement des ganglions du cou. La voix est nasonnée, et son timbre est élevé. On observe parfois une surdité plus ou moins prononcée. Enfin Dupuytren a signalé la possibilité de voir, chez les jeunes gens, comme conséquence de l'hypertrophie amygdalienne et de la gêne respiratoire qu'elle entraîne, un rétrécissement antéro-postérieur du thorax. Chassaignac a également insisté sur ce fait dans un mémoire sur l'hypertrophie des amygdales. Il est à noter que très fréquemment l'hypertrophie des amygdales coïncide avec la présence de végétations adénoïdes et avec le catarrhe nasopharyngien.

Les malades sont sujets à des coryzas et à des bronchites répétés; mais que survienne une angine aiguë chez des sujets dont l'isthme du gosier est déjà en grande partie oblitéré, et l'on comprendra qu'il se produise alors des menaces sérieuses de suffocation. C'est donc une raison pour ne pas laisser subsister l'hypertrophie amygdalienne, et pour intervenir, au besoin, contre elle par une opération.

**Traitement.** — Lorsque le traitement médical, comprenant les topiques résolutifs et les moyens généraux, comme l'iodure de potassium, les eaux sulfureuses, les toniques, reste impuissant, il faut avoir recours à l'ablation des amygdales. Cette opération peut se pratiquer, soit avec le bistouri, soit à l'aide d'un des nombreux amygdalotomes dont on trouvera la description dans les traités de médecine opératoire. Si l'on se sert du bistouri, on enveloppe cet instrument de diachylon jusqu'à une certaine distance de sa pointe; puis, saisissant l'amygdale avec une pince de Museux, on l'attire légèrement en dedans; on en pratique ensuite l'excision de bas en haut, en tenant le bistouri parallèlement aux piliers du voile. On préfère généralement au bistouri l'amygdalotome qui, imaginé par un chirurgien américain, Fahnestock, a subi dernièrement un grand nombre de modifications. L'opération exécutée au moyen de l'amygdalotome se compose de trois temps: dans un premier temps, l'amygdale est



introduite dans la lunette de l'instrument; dans un second temps, elle est embrochée à l'aide de la petite fourche que porte l'amygdalotome; enfin, par un mouvement imprimé à la tige de l'instrument, on fait agir la lame tranchante qui sectionne d'arrière en avant l'organe à enlever.

La seule indication formelle du bistouri, c'est la présence dans l'intérieur de l'amygdale de concrétions calcaires qui s'opposeraient au jeu de la lame mobile de l'amygdalotome et pourraient même en déterminer la rupture. Comme accident à craindre, nous signalerons surtout l'hémorrhagie qui, dans quelques cas, a pris des proportions inquiétantes. Chassaignac a montré que tout ce qui peut entraver la respiration, comme un polype, un rétrécissement des fosses nasales, la striction du cou par un col ou une cravate trop serrée, peut provoquer l'hémorrhagie. Et, partant de cette idée, M. Monod a conseillé, pour arrêter l'écoulement sanguin, de faire ouvrir largement la bouche du malade. La respiration se trouve ainsi facilitée, et le sang cesse de couler. Si l'hémorrhagie se prolonge, on emploiera la glace; dans les cas graves, on a eu recours à la compression de l'amygdale, soit avec le doigt, soit avec la pince de Hatin, dont l'un des mors s'applique sur l'amygdale, tandis que l'autre pressé sur la peau, dans un point correspondant. Enfin, Gensoul a réussi dans un cas à arrêter l'hémorrhagie par la compression de la carotide. La crainte de l'hémorrhagie a conduit à substituer à l'excision des amygdales par le bistouri ou par l'amygdalotome les cautérisations à l'aide du galvanocautère, ou plus simplement du thermocautère. Dans ces derniers temps, M. Ruault a même conseillé la fragmentation de l'amygdale au moyen d'une pince spéciale de son invention. Sans doute ces divers moyens sont utiles à connaître; il ne faut pas toutefois s'exagérer les dangers d'hémorrhagies à la suite de l'emploi de l'amygdalotome. D'une part, en effet, les hémorrhagies sont rares chez les enfants, d'autre part, si on a le soin de ne jamais enlever des amygdales enflammées, et de ne pratiquer, comme le conseillait Nélaton, qu'une excision partielle du tissu amygdalien, on évite les vaisseaux importants qui pénètrent la base de l'organe, et l'on se met à l'abri des hémorrhagies.

## III

## ULCÉRATIONS DES AMYGALES

Outre les tumeurs ulcérées, on peut rencontrer sur les amygdales diverses variétés d'ulcérations, dont les unes sont dues à la syphilis, les autres à la tuberculose.

**a. Ulcérations syphilitiques.** — On rencontre sur les amygdales les accidents répondant aux trois périodes de la syphilis. Le chancre infectant de l'amygdale, nié à tort autrefois, est parfaitement démontré aujourd'hui, quoique rare. On en trouvera des observations intéressantes dans un mémoire de M. Paul Legendre, inséré dans les *Archives de médecine* de 1884, et dans la thèse de M. Pivaudran sur la syphilis des amygdales, qui date de la même année.

Parmi les faits les plus intéressants à noter au sujet de son origine, il faut signaler que les enfants syphilitiques ont été assez souvent la source de l'infection en pareil cas. Le diagnostic a pu présenter de sérieuses difficultés. On a hésité surtout entre le chancre, l'angine diphthéritique, l'angine gangréneuse et l'épithélioma.

Les plaques muqueuses ne sont pas rares au niveau de l'amygdale. D'après M. Cornil, elles s'ulcèrent rarement. Il peut arriver cependant qu'il se produise à leur surface des érosions ou des ulcérations, qui même se recouvrent d'une pseudo-membrane fibrineuse, lorsque l'inflammation est très intense.

Enfin la syphilis tertiaire peut se manifester sur les amygdales par des syphilides qui déterminent des destructions très étendues, ou plus souvent encore par des gommés qui laissent, après leur ouverture, des ulcérations profondes de l'amygdale.

**b. Ulcérations tuberculeuses.** — La tuberculose des amygdales peut se manifester à l'état aigu sous forme de granulations miliaires, ou à l'état chronique sous forme d'ulcérations caséuses plus ou moins profondes. D'après Strassmann, la tuberculose miliaire des amygdales ne serait pas rare. Il l'a trouvée 15 fois sur 21 phthisiques; elle ne donnait d'ailleurs lieu à aucun symptôme pendant la vie. Les granulations miliaires sont grises, demi-transparentes. Leur confluence amène un processus destructeur et une ulcération à fond jaunâtre qui détermine parfois la fonte totale de l'amygdale. Ces



ulcérations tuberculeuses coïncident avec des lésions semblables du pharynx, du voile du palais et de la base de la langue.

## IV

## NÉOPLASMES OU TUMEURS DE L'AMYGDALÉ

Les tumeurs de l'amygdale sont loin d'être fréquentes; nous passerons rapidement en revue les plus importantes d'entre elles.

**a. Kystes hydatiques.** — Dupuytren, voulant pratiquer l'excision d'une amygdale qu'il croyait atteinte d'hypertrophie simple chez une femme blonde et lymphatique, ouvrit un kyste hydatique. Éclairé sur la véritable nature de la maladie, il compléta alors l'extirpation de la poche kystique. Davaine rapporte une observation analogue appartenant à Robert.

**b. Fibromes.** — M. Passaquay, auteur d'une thèse sur les tumeurs de l'amygdale (1872), rapporte une observation de fibrome de l'amygdale enlevé par M. Verneuil.

**c. Cancer.** — Il est exceptionnel de rencontrer des carcinomes primitifs de l'amygdale. On y observe plus souvent des épithéliomas. L'épithélioma primitif de l'amygdale a été étudié dans les thèses de MM. Piérin (1879) et Derecq (1887). Dans un mémoire publié par la *Revue de chirurgie* en 1886, M. Castex place dans l'amygdale le point de départ de la plupart des tumeurs malignes de l'arrière-bouche; d'après lui, sur 51 cas de cette nature, 21 fois l'amygdale aurait été primitivement envahie. Toutefois, dans certains cas, il est bien difficile de dire si la maladie a débuté par l'amygdale ou par un point voisin du voile du palais. Nous n'insisterons pas sur l'immense gravité de pareilles tumeurs, qui déterminent de bonne heure l'engorgement ganglionnaire, l'ulcération, des douleurs violentes, et qui contribuent encore à la ruine de l'organisme par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à la respiration et à la déglutition.

**d. Lymphadénomes.** — Ce sont les plus fréquentes des tumeurs des amygdales. Étant donnée la nature du tissu qui constitue l'organe à l'état normal, tissu adénoïde, on comprend qu'il soit fréquemment le siège du lymphadénome, qu'il s'agisse de lymphadénome simple ou de lymphosarcome. On voit habituellement le lymphadénome de l'amygdale coïncider avec le lymphadénome des ganglions du cou.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des tumeurs de l'amygdale ne laisse pas que de présenter de grandes difficultés. Au début, lorsque la tumeur n'est pas ulcérée, on peut croire à une hypertrophie simple. Cependant l'âge avancé des malades, la dureté de l'organe, l'unilatéralité de l'affection sont des signes qui doivent faire penser plutôt au cancer ou au lymphadénome. Lorsque la tumeur est ulcérée, on est exposé à la confondre avec un chancre induré, ou avec une gomme ulcérée. Mais, dans le chancre, il y a une induration manifeste; dès le début, une adénopathie composée de ganglions indurés; enfin, on ne constate pas les douleurs violentes qui appartiennent au cancer. En cas de doute, il faut instituer le traitement spécifique.

**Traitement.** — Ce qui aggrave encore le pronostic des tumeurs malignes de l'amygdale, c'est la difficulté du traitement. En opérant par la bouche, soit avec l'amygdalotome, soit avec le bistouri, on court toujours le risque de n'enlever le mal qu'incomplètement. Aussi vaut-il mieux se frayer une voie jusqu'à l'amygdale par une incision cutanée. C'est ce que fit Demarquay, qui pratiqua une incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, écarta les vaisseaux, et enleva l'amygdale avec l'écraseur. Cheever (de Boston) a conseillé un procédé analogue, qui se compose de deux incisions, l'une parallèle au sterno-mastoïdien, l'autre suivant le bord inférieur du maxillaire.

## ARTICLE III

## MALADIES DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

## PREMIÈRE PARTIE

## MALADIES DE LA LANGUE

Comme travaux consacrés à la pathologie chirurgicale de la langue en général, nous citerons, outre les articles des Dictionnaires, l'ouvrage de Fairlie Clark, publié en 1875, et une revue critique de Paul Hybord, insérée dans les *Archives de médecine* de la même année. En 1885, Butlin a fait paraître en Angleterre un *Manuel des maladies de la langue*.