

BOUCHE

PLAIES

LÈVRES.

Si la lèvre est fendue en hauteur (abondant saignement)
réunir la plaie de la façon suivante :

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 407).

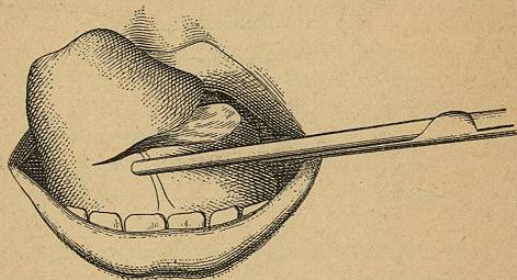


Fig. 150. — Section de la langue. Hémostase avant la suture (Lejars).

[Instruments.

Catgut n° 0.

Drain petit.

Aide.

Un].

Opération.

Pour arrêter le sang, saisir chaque moitié entre les doigts;

si cela ne suffisait pas, on peut être amené à lier les deux bouts de l'artère coronaire.

Rapprocher par un surjet au catgut la muqueuse de bas en haut, ourler le bord libre, et obtenir à cet endroit un affrontement des plus nets.

Du côté de la peau, placer quelques points profonds au crin n'intéressant pas la muqueuse : soigner l'affrontement.

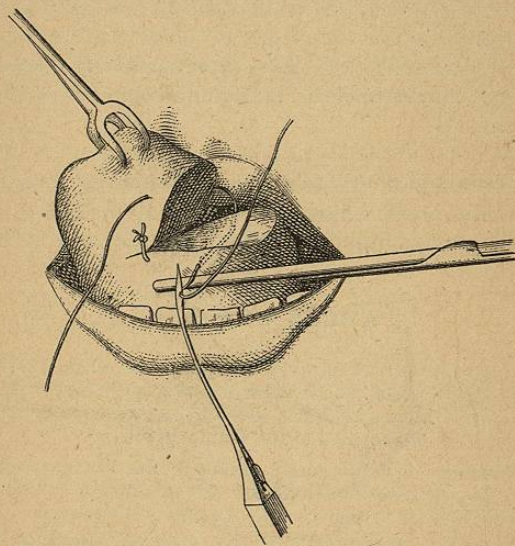


Fig. 151. — Section de la langue. Suture (Lejars).

Glisser de ce côté, à la partie déclive, un petit drain.

Suites.

La bouche sera lavée fréquemment à l'eau chloralée (40 p. 1000).

LANGUE.

Les plaies résultent le plus souvent de morsures. Elles saignent beaucoup.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Pince à langue.

Deux pinces de Kocher.

Catgut moyen (n° 2)].

Opération.

Tirer la langue au dehors avec une pince, placer une pince de Kocher en travers sur la tranche postérieure (fig. 150).

Suturer ensuite à points séparés, les fils traversant toute l'épaisseur de la langue du sommet au bord libre (fig. 151).

Suites.

Lavages fréquents (toutes les demi-heures) pendant plusieurs jours, à l'eau chloralée à 10 p. 1000.

Alimentation liquide et tiède pendant deux à trois jours.

ABCÈS DENTAIRE

Généralement en relation avec une périostite du maxillaire supérieur ou de l'inférieur, consécutive à une carie dentaire. Fréquemment la suppuration envahit la joue et, en l'absence de traitement opportun, peut donner lieu à une fistule génienne.

Caractères. — Petite masse empâtée, fluctuante, douloureuse, allongée dans le sens du sillon séparant la gencive de la joue, plus accusée du côté de la gencive que du côté de la joue.

Pronostic. — Bénin. Pourtant, on a vu des phlébites de cette origine entraîner la mort.

Traitement.

Incision évacuatrice du pus.

Préparatifs.*Instruments.*

Un bistouri stérilisé (p. 21) recouvert jusqu'à 2 centimètres de sa pointe d'un peu d'ouate hydrophile trempée dans l'eau boriquée.

Une cuillère ordinaire.

Solution.

Eau boriquée (à 30 grammes pour 1000) tiède, dans un verre.

Anesthésie.

Chez les pusillanimes, anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Opération.*Position.*

Malade assis sur un fauteuil, la tête renversée et soutenue par un aide ou le dossier du fauteuil, la bouche ouverte au grand jour ou à la lumière. La joue du côté malade est écartée avec le manche de la cuillère.

Exécution.

Enfoncer jusqu'à l'os maxillaire la pointe du bistouri, au niveau du maximum de la saillie et élargir un peu l'incision en retirant l'instrument.

Exprimer le pus par quelques pressions douces exercées sur la joue.

Le malade se lavera la bouche à plusieurs reprises à l'eau boriquée.

Suites.

Une fois l'abcès guéri, au bout de quelques jours, s'occuper du traitement de la dent malade.

ABCÈS DE L'AMYGDALE

Presque toujours, il s'agit d'un abcès péri-amygdalien du tissu cellulaire entourant l'amygdale en avant, en haut et en arrière. D'habitude, la collection se forme en avant, dans le pilier antérieur.

Caractères. — Rougeur et gonflement douloureux d'un seul côté de l'isthme du gosier. Au doigt, empatement généralement plus dense au niveau de la région supra-amygdalienne : là, il existe un point très douloureux au toucher. Retentissement local (gêne respiratoire, voix nasonnée) et général (fièvre, troubles gastriques). Souvent, rétrécissement pupillaire unilatéral du côté malade.

Traitement.

Si les phénomènes locaux sont très accusés (impossi-

bilité de l'alimentation, gêne respiratoire, sensation d'étouffement), inciser l'abcès; c'est généralement le quatrième jour de la maladie.

Préparatifs.

Instruments.

Un bistouri stérilisé (p. 21) et recouvert jusqu'à 1 centi-

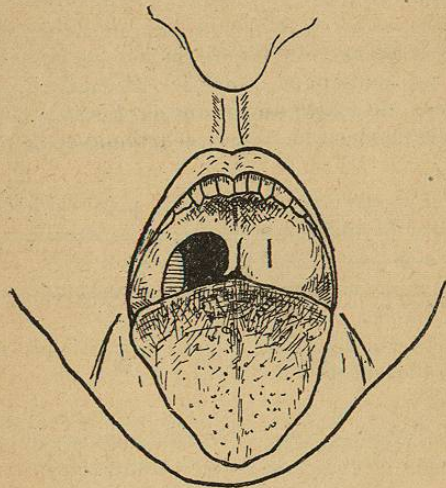


Fig. 152. — Tracé de l'incision de l'abcès amygdalien.

mètre et demi de sa pointe, d'un peu d'ouate hydrophile imprégnée d'eau bouillie.

Une cuillère ordinaire, en guise d'abaisse-langue.

Opération.

Position.

Malade assis, la tête tournée du côté du jour, renversée et soutenue en arrière par le dossier du siège ou, et mieux, maintenue solidement par un aide quelconque.

Exécution.

La cuillère abaissant fortement la langue, pour bien

découvrir le fond de la gorge, *plonger* la pointe du bistouri à une profondeur d'environ 1 centimètre à l'endroit le plus saillant, le plus tendu ou le plus sensible au toucher (généralement au-dessus et en avant de l'amygdale) (fig. 152). Si le *pus* apparaît, agrandir l'incision de 7 à 8 millimètres par en bas.

S'il sort seulement du *sang*, le malade éprouve un soulagement, et les phénomènes peuvent s'apaiser, bien que le *pus* n'ait pas été évacué.

Suites.

On peut, s'il est nécessaire, recommencer l'incision le soir ou le lendemain. Dans l'intervalle, *fréquents lavages* de gorge à l'eau chloralée à 1/100. — Continuer ces lavages pendant quelques jours. Alimentation liquide durant deux à trois jours.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Augmentation de volume permanente, progressive, habituellement bilatérale des amygdales, s'observant chez les enfants et les adolescents où elle s'accompagne de troubles fonctionnels variés : gêne du développement physique, angines et bronchites fréquentes, inflammations du naso-pharynx et des oreilles.

Le traitement chirurgical seul est capable de guérir complètement cette affection. N'entreprendre ce traitement que lorsque tout phénomène inflammatoire aura disparu.

Indications des divers genres d'intervention.

Amygdales saillantes, globuleuses, roses pâles : amygdalotomie avec l'amygdalotome.

Amygdales enclatonnées plus ou moins molles : ablation à la pince coupante.

Dans les deux cas, on peut recourir à la thermo- et surtout à la galvano-cautérisation.

A. Amygdalotomie.

Préparatifs.

1. — Avant l'opération.

Instruments.

Amygdalotome (fig. 153). Choisir un amygdalotome à

anneau assez grand pour que l'amygdale hypertrophiée y puisse entrer et, d'autre part, pas trop grand pour qu'il puisse pénétrer dans le pharynx de l'enfant.
Abaisse-langue.

Récipient.

Casserole assez longue pour stériliser les instruments.

Anesthésique.

Général : Chlorure d'éthyle. A n'employer que si l'on a

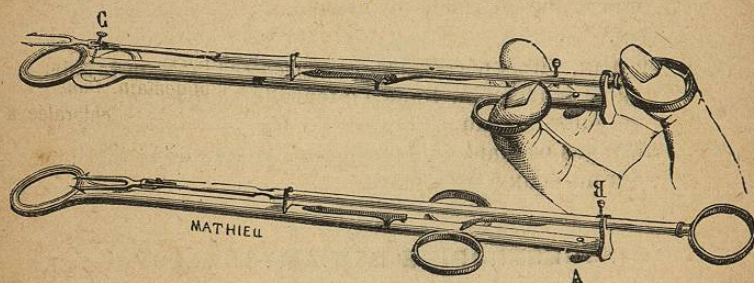


Fig. 153. — Amygdalotome de Mathieu.

En A, l'instrument est prêt à fonctionner. En B (figure supérieure), il a fonctionné.

affaire à un enfant indocile, car l'opération n'est nullement douloureuse.

Aide.

Au moins un (en cas d'anesthésie).

Malade.

Pendant les deux à quatre jours qui précèdent, lavages de gorge ou gargarismes fréquents à l'eau boriquée à 4 p. 100.

II. — Préparatifs de l'opération.

Stériliser les instruments.

Procéder à l'anesthésie, s'il y a lieu.

Opération.**Position.**

Position de Rose, si le sujet est endormi. Dans le cas

contraire, le sujet sera assis en face de l'opérateur, la tête bien au jour, appuyée sur un aide ou le dossier d'un fauteuil.

Exécution.

Charger l'amygdale dans l'anneau, en abaissant ce dernier pour y faire passer d'abord la portion postéro-inférieure de la glande ; d'un coup de pouce, *enfoncer la fourchette*, puis fermer la main *pour faire jouer l'anneau tranchant* et, en même temps, attirer à soi l'appareil, pour déterminer un léger degré d'arrachement (hémostase plus sûre).

Enlever ensuite la deuxième amygdale, s'il y a lieu.

Pansement.

Simplement une boule d'ouate dans les oreilles.

S'assurer, avant de quitter le malade, qu'il n'y a pas d'hémorragie. Si la surface de section saigne, toucher la surface saignante à l'eau oxygénée pure ou avec le couteau de thermocautère au rouge sombre ; ou bien appliquer de la glace sur l'amygdale, ou encore envelopper d'ouate les extrémités d'une pince languette et appliquer un des mors sur l'amygdale, l'autre s'appuyant sur l'angle de la mâchoire, puis serrer les anneaux de la pince par un lien.

Suites.

Repos au lit *le premier jour*.

Gargarismes boriqués deux fois par jour. Alimentation liquide pendant *trois à quatre jours*. Chambre pendant *huit jours*.

B. Ablation à la pince coupante.**Préparatifs.**

Les mêmes que pour l'amygdalotomie, sauf que la pince coupante de Ruault (fig. 154) remplacera l'amygdalotome.

Opération.**Position.**

Comme pour l'amygdalotomie.

Exécution.

Saisir entre les mors de la pince un morceau de l'amygdale que l'aide fera saillir en appuyant un doigt au cou, sur la région amygdalienne.

Morceler ainsi à plusieurs reprises l'amygdale jusqu'à

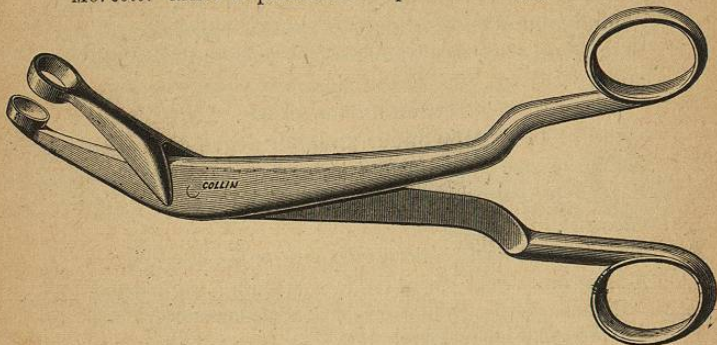


Fig. 154. — Pince emporte-pièce de Ruault.

ce qu'ait disparu toute partie saillant hors des piliers.

Suites.

Les mêmes qu'après l'amygdalotomie.

C. Thermo ou galvano-cautérisation.*Préparatifs.*

Thermocautère (préparer la pointe fine), ou galvano-cautère.

Abaisse-langue.

Opération.

Avec la pointe fine du *thermocautère* au rouge vif, faire 3 à 4 ponctions de 4 à 5 millimètres de profondeur dans l'amygdale ou les amygdales hypertrophiées.

Répéter les séances deux fois par semaine jusqu'à rétraction complète des amygdales.

Avec le *galvano-cautère*, introduire la pointe froide jus-

qu'au contact de l'amygdale. Faire passer le courant et enfoncer la pointe profondément; ne cesser le courant qu'après avoir retiré la pointe (pour éviter les adhérences aux tissus). Faire 3 à 4 ponctions par amygdale. Recommencer tous les cinq ou six jours.

Suites.

Le jour de l'opération, gargarismes boriqués fréquents, alimentation liquide et repos à la chambre.

Dès le lendemain, l'opéré pourra sortir (avantage sur l'amygdalotomie).

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN

Dans la majorité des cas, adéno-phlegmon des ganglions lymphatiques d'une des deux loges rétro-pharyngiennes séparées par le raphé médian et renfermant, en particulier, les muscles constricteurs du pharynx, les péristaphylins et la trompe d'Eustache.

Caractères. — Fréquent chez l'enfant au-dessous de trois ans, cet abcès se présente sous la forme d'une voussure rouge, surtout médiane, mais aussi plus développée d'un côté que de l'autre, fluctuante.

L'examen se pratique en faisant maintenir l'enfant roulé jusqu'au cou, dans une couverture, entre les genoux d'un aide, la tête fixée contre la poitrine de ce dernier. Cet examen direct se fait avec la cuillère, comme abaisse-langue. — Le toucher doit être employé: pour cela, se placer derrière l'enfant, de l'index gauche refouler la joue gauche entre les arcades dentaires et explorer le pharynx avec l'index droit: déprimer la tumeur et retirer le doigt: sensation de choc en retour caractéristique (analogue au ballotement de la tête fœtale).

L'examen sera rapide (spasmes laryngés, syncopes...).

Il est important de faire le diagnostic avec l'abcès latéro-pharyngien, l'adéno-phlegmon dans ce cas repoussant la carotide interne en dedans. Ces abcès sont nettement latéraux, déplacent l'amygdale du même côté et ils se prolongent parfois dans le cou.

Pronostic. — Abandonné à lui-même, l'abcès rétro-pharyngien entraîne souvent la mort. S'il est incisé de bonne heure, la guérison est la règle.

Traitement.

Incision évacuatrice du pus.

Préparatifs.

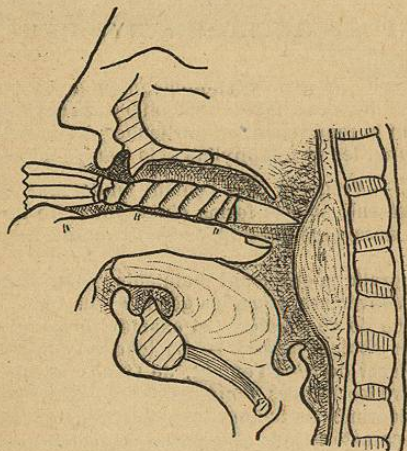
Bistouri étroit, pointu, stérilisé et recouvert jusqu'à 1 centimètre et demi de la pointe avec un peu d'ouate hydrophile imprégnée d'eau bouillie.

Opération.*Position.*

Enfant maintenu couché sur une table, le corps incliné de trois quarts.

Exécution.

Le long de l'index gauche, déprimant la langue et repé-



IF

Fig. 155. — Incision de l'abcès rétro-pharyngien. Le bistouri chemine sur le dos de l'index comme repère.

rant le point le plus fluctuant (fig. 155), enfoncer le bistouri à fond, le plus près possible de la ligne médiane. Descendre l'incision de 2 centimètres environ.

Tourner aussitôt le corps de l'enfant, de façon que le visage regarde le sol : le pus sort en abondance.

En cas de *syncope et d'apnée*, pratiquer la respiration artificielle pendant dix minutes, un quart d'heure, s'il le faut.

Suites.

Dans le cas où l'incision *se fermerait* plus vite qu'on ne le voudrait, on peut être obligé de recommencer deux et même trois fois l'opération.

Guérison au bout de *quatre à cinq jours*, à moins de fusée purulente (médiastin), de broncho-pneumonie, dues à une incision trop tardive.