

rences. Mais encore faut-il que des ulcérations siègent simultanément sur la paroi postéro-latérale du pharynx et le bord libre du voile. Et quand cette condition est réalisée, il n'est même pas besoin que le voile du palais soit perforé, divisé, partiellement détruit, et relâché dans sa tension pour que des adhérences se constituent. Le mécanisme bien connu de la cicatrisation des plaies angulaires suffit très amplement à en expliquer la production. Des cicatrices puissantes soudent deux doigts voisins, ou le membre supérieur au thorax, ou inclinent la tête sur l'épaule en dépit de tous les efforts pour lutter contre ce travail de rétraction inodulaire. Or, si dans un certain nombre de cas, on trouve, en effet, des lésions ulcéreuses et gommeuses dont la situation pourrait être invoquée à l'appui de cette interprétation, dans d'autres elles ne sont ni assez nombreuses, ni réparties comme il conviendrait pour expliquer les modifications qu'on observe du côté du pharynx. Cette pathogénie applicable aux adhérences du voile n'est plus pour les rétrécissements de l'isthme du gosier et surtout pour les rétrécissements inférieurs. Aussi faut-il admettre, pour expliquer certaines lésions, qu'il se produit dans le pharynx des syphilomes analogues à ceux qu'on observe en d'autres points de l'économie, syphilomes dont l'évolution conduit à la sclérose et à la rétraction sans passer par une période d'ulcération. D'ailleurs, même quand il y a eu dans le pharynx des ulcérations notoirement constatées, ce qui est le cas ordinaire, et que les rétrécissements succèdent à ces ulcérations, il faut faire une grande part dans leur pathogénie aux lésions concomitantes des parties voisines des régions ulcérées. Le processus morbide n'est pas exactement limité aux surfaces ulcérées ; loin de là, dans une zone variable, autour des pertes de substances, les tissus sont profondément altérés ; et ces altérations contribuent sans aucun doute à la constitution des sténoses ultérieures. Pour Neumann (1), ce serait surtout par les altérations de voisinage des muscles du voile du palais qu'il faudrait expliquer la production des adhérences vélo-pharyngiennes. Ces muscles sont, en effet, le siège d'une véritable myosite, et, au point de vue fonctionnel, ils sont parésiés, et cette insuffisance des muscles est une cause puissante de la symphyse du voile. Si les muscles étaient sains, sans aucun doute ils déchireraient par leurs contractions les adhérences qui auraient pu se former entre le voile et la paroi.

Signes. — Parfois c'est sous les yeux du médecin que se constituent les adhérences du voile et les rétrécissements du pharynx, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Ce sont des malades dont l'incurie est grande, qui ne se soumettent que par intermittences à un traitement régulier, et qui laissent évoluer leur affection pendant des mois et même des années avant de demander conseil. Cependant

(1) NEUMANN, *Congrès Soc. all. de dermat.* Leipzig, 1891.

ils souffrent généralement d'une façon persistante tant que durent les lésions tertiaires de l'arrière-gorge, et cette dysphagie peut à elle seule faire soupçonner la nature de leur affection (1). Dans d'autres circonstances, le malade pris pour un scrofuleux a été simplement traité par l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer, la lésion étant par le fait abandonnée à son évolution spontanée.

Quand on observe le sujet au moment où ses lésions sont définitivement constituées, le pharynx présente un aspect très variable, mais toujours on est frappé de l'irrégularité et de l'aspect étrange que présente cette cavité.

Dans la grande majorité des cas, les lésions ont leur maximum au niveau du détroit pharyngo-nasal. Le fond du pharynx, plus ou moins irrégulier et déformé, présente des cicatrices blanchâtres, brillantes, nacrées, en forme de brides, de plis saillants semi-lunaires, ou rayonnés.

Le voile du palais, dont la symétrie est généralement détruite, est soudé partiellement ou totalement au fond du pharynx. Les piliers postérieurs qui semblent remontés, plus courts, font une saillie plus considérable et semblent le siège d'une hypertension. Ils sont parfois déviés, situés à des hauteurs différentes, inégalement rigides, et souvent tirillés par des brides accessoires qui modifient encore leur aspect. La distance qui les sépare, toujours diminuée, est parfois inappréciable. La luette a souvent disparu. Conservée, elle pend au-dessous du septum rigide que représente le voile du palais, plus ou moins accolée à la paroi pharyngienne postérieure. Le voile lui-même est tirillé, déformé et couvert de brides. L'orifice naso-pharyngien est ovalaire, représentant une fente antéro-postérieure, ou réduite à un pertuis minuscule, situé sur la ligne médiane, ou entraîné latéralement. Il peut être même impossible à mettre en évidence, par l'exploration avec le stylet tout au moins, car l'oblitération absolue paraît être tout aussi rare ici que pour les autres rétrécissements.

La suppression de l'orifice de communication du naso-pharynx avec le pharynx buccal a de graves conséquences fonctionnelles. La respiration nasale, rendue laborieuse quand le rétrécissement est simplement serré, devient impossible quand il est très étroit. Le malade respire exclusivement par la bouche, mode de respiration fort désavantageux, car il met les amygdales, le pharynx et le larynx dans un état de permanente irritation. En outre l'élocution est par ce fait même très gênée. Non seulement le langage est incorrect à cause de l'état défectueux du voile et de la suppression des vibrations de l'arrière-cavité des fosses nasales, mais encore il est entrecoupé à cause de la nécessité pour le malade de laisser échapper par la bouche l'air de l'expiration qui dans le langage ordinaire s'échappe insensiblement et sans effort par les fosses nasales. L'odorat est en

(1) CARBONNIER, thèse de Lyon, 1894.

outré aboli avec la suppression du courant d'air qui traverse les fosses nasales pendant l'inspiration ordinaire. L'ouïe elle-même toujours compromise est le plus souvent abolie, soit qu'il y ait eu des otites antérieures, soit que des déformations du pharynx oblitérent l'orifice de la trompe d'Eustache, soit que les mouvements du muscle ptérygoïdien externe ne puissent plus s'exécuter normalement.

Les fosses nasales deviennent le siège d'une sécrétion abondante et fétide, phénomène d'autant plus pénible que, l'air ne pouvant plus passer du pharynx dans les fosses nasales, le malade ne peut réussir à se moucher. Il en est réduit à laisser les mucosités nasales s'écouler librement par l'orifice antérieur des narines.

La déglutition, d'abord compromise au moment où les lésions du voile et du pharynx avaient le caractère ulcéreux, se rétablit, même pour les liquides, d'une façon en général satisfaisante, du moins dans la variété qui nous occupe.

Ordinairement il n'y a pas de douleurs à proprement parler. L'exploration du pharynx peut se faire sans difficulté, mais dans certains cas toutefois on note que le simple contact du stylet était extrêmement pénible, soit que cette manœuvre fût réellement douloureuse, soit qu'il faille en accuser l'excessive pusillanimité de certains malades ou leur nervosisme exagéré.

Quand le rétrécissement est antérieur, l'isthme du gosier est rendu méconnaissable par la présence d'une membrane cicatricielle en forme de rideau qui, se détachant de la voûte palatine, va s'appliquer à la base de la langue. Ce sont les piliers et le voile transformés en tissu scléreux et attirés vers la langue et vers la ligne médiane qui constituent cette membrane. L'orifice qui fait communiquer la bouche et le pharynx, médian, ou excentrique, est parfois tout petit, admettant à peine l'extrémité d'une petite cuiller, l'extrémité de l'index, et même plus petit encore, laissant passer à peine le bout d'un crayon ordinaire.

En pareil cas, ce n'est plus la respiration qui est compromise, mais l'alimentation. Les aliments solides ne peuvent pas traverser l'isthme rétréci, les liquides et la salive ne peuvent être avalés qu'avec difficulté et lenteur. En outre la parole est à peu près intelligible.

La même gêne de l'alimentation et de l'élocution se retrouve dans les rétrécissements inférieurs (1), mais en outre apparaît un signe redoutable, dont la gravité est particulière à cette sorte de rétrécissement. Ce sont des troubles respiratoires, autrement intenses que ceux qu'on peut observer dans les sténoses supérieures. Ici en effet le rétrécissement se présente comme un diaphragme dont la circonférence est attachée à l'épiglotte, à la base de la langue, et à la paroi postérieure du pharynx, et dont la lumière est parfois très étroite.

(1) MESNY, th. cit.

Cette membrane mince et épaisse est ordinairement résistante, scléreuse et rigide. L'orifice qu'elle laisse libre peut être assez étroit pour qu'on y puisse avec peine introduire le bout du petit doigt. Aussi les malades sont-ils exposés non seulement à une extrême difficulté de la déglutition et de la phonation, mais à une dyspnée progressive, entrecoupée de terribles accès de suffocation.

Ces trois types, isolés pour apporter un peu de clarté dans la description, se combinent souvent. Il n'est pas rare, par exemple, de rencontrer simultanément chez le même sujet un rétrécissement supérieur et un rétrécissement inférieur, dont les conséquences fâcheuses, se superposant, rendent la situation du malade très misérable et très précaire.

L'infortuné qui est atteint de pareilles lésions est donc fort à plaindre, d'autant plus à plaindre que ces rétrécissements n'ont pas tendance à rétrocéder, mais plutôt à progresser indéfiniment. Les plus graves sont les inférieurs, à cause des dangers immédiats que crée la difficulté de la respiration. Mais les autres ont de multiples inconvénients, qui peuvent rendre la vie sociale presque impossible et entraîner aussi de funestes complications et un retentissement extrêmement fâcheux sur la santé générale.

Cependant, tous les cas n'ont pas cette gravité. Nombre de malades chez lesquels la communication du naso-pharynx avec le pharynx buccal est simplement amoindrie, s'accommodent de leur infirmité et vivent avec leurs brides pharyngées, leur déformation du voile du palais et le nasonnement qui en est la conséquence. Ceux-là, il faut respecter leur infirmité qui est tolérable, n'étant pas sûr de beaucoup améliorer leur sort par une intervention. Mais pour les cas sérieux ou graves, dont nous avons précédemment parlé, on a la main pour ainsi dire forcée et l'on est obligé de tenter quelque chose pour remédier aux accidents et aux troubles fonctionnels.

Diagnostic. — Il n'est jamais difficile d'affirmer l'existence d'un rétrécissement du pharynx, dont la présence, facile à soupçonner d'après les troubles fonctionnels, est rendue évidente par la simple inspection du pharynx. Seules les sténoses inférieures peuvent échapper à cette exploration, mais alors l'examen au laryngoscope permet toujours d'en établir la présence et l'exacte situation. Si cette simple constatation suffisait, le diagnostic serait évidemment chose très aisée, mais un examen utile comporte des recherches beaucoup plus délicates, car il faut tâcher de reconnaître l'étendue et la complexité des lésions, l'état des parties voisines, la consistance des brides et les moyens d'aborder la région du rétrécissement, car de tout cela dépendra le parti que le chirurgien pourra prendre au sujet du traitement, du plan opératoire qu'il conviendra d'adopter et des résultats qu'on pourra attendre d'une intervention. Enfin l'étude

du malade devrait pouvoir conduire à établir d'une façon indiscutable l'origine probable de l'affection.

Pour ce qui est de ce dernier point, à part les cas exceptionnels où l'on peut trouver dans une brûlure, un traumatisme, etc., l'origine de la maladie, on est conduit à choisir entre la syphilis et la scrofule. Pour beaucoup de rétrécissements, l'origine syphilitique s'impose immédiatement, nettement établie par les antécédents et les lésions concomitantes. D'autres cas sont plus difficiles à débrouiller, et pendant longtemps, en présence de ces cas obscurs, on a dû garder une prudente réserve et se contenter d'un diagnostic ambigu et incertain. Cependant, si à la rigueur on rencontre encore des malades qui forcent à répéter comme Ricord, syphilis probable, scrofule possible, ces cas sont l'exception. En dehors des malades qui présentent sur le nez, le visage, et dans la cavité bucco-pharyngienne des lésions caractéristiques de lupus, on ne peut guère admettre pour ces rétrécissements d'autre origine que la syphilis et tout particulièrement la syphilis héréditaire.

D'ailleurs, cette question de première importance pour le traitement des lésions avant qu'elles ne soient définitivement organisées, devient secondaire quand le chirurgien se trouve en présence du rétrécissement confirmé.

L'exploration complète du pharynx n'est pas toujours rigoureusement possible, quand par exemple un septum transversalement placé au niveau de l'isthme du gosier, masque l'entrée de cette cavité, ou quand un rétrécissement inférieur empêche d'examiner les parties sous-jacentes. En s'aidant d'un stylet recourbé, qu'on peut introduire derrière les membranes tendues, en combinant l'exploration digitale du rétrécissement avec les renseignements que peut donner une sonde glissée par les fosses nasales, on peut se rendre compte du plus ou moins d'épaisseur du rétrécissement. Ces constatations ont de l'importance, car au point de vue des difficultés opératoires et de l'incertitude des résultats, une simple adhérence du voile, encore mince et relativement souple, n'est pas comparable à ces gros bourrelets durs, rigides, qu'on rencontre quelquefois, et qui sont dus au soulèvement de la muqueuse et des tissus sous-muqueux par les masses scléreuses qui occupent toute l'épaisseur de la paroi pharyngienne.

L'examen à l'aide du miroir laryngoscopique, quand son introduction est possible, permet de reconnaître quelquefois à travers le diaphragme constitué par un rétrécissement inférieur les déformations de l'épiglotte et des parties qui avoisinent l'orifice supérieur du larynx. Dans quelques cas les lésions sont d'une si effrayante complexité qu'on a les plus grandes peines à s'y reconnaître. On ne voit plus les amygdales, l'épiglotte est détruite, les limites du voile sont méconnaissables, la cavité du pharynx est occupée par des arceaux irréguliers, blanchâtres et tendus dans tous les sens.

Traitement. — Rétablir les communications normales du pharynx avec les cavités voisines et la perméabilité du pharynx, tel est le but, fort difficile à réaliser, que doit poursuivre le chirurgien. Les multiples fonctions du pharynx rendent le succès thérapeutique fort désirable, mais ce résultat est ici tout particulièrement difficile à atteindre et il faut savoir parfois se contenter de l'à peu près.

Créer un passage du côté des fosses nasales, de la bouche ou du pharynx inférieur est une besogne souvent laborieuse et délicate, mais maintenir cette ouverture béante est plus difficile encore.

Les rétrécissements supérieurs peuvent être abordés par la bouche ou par les fosses nasales. Par les fosses nasales on peut, à l'exemple de Hajek, glisser une sorte de rugine courbe destinée à décoller le voile de la paroi pharyngienne postérieure. Mais, sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, on opère exclusivement par la cavité buccale. Séparer le voile du pharynx peut paraître *à priori* une opération simple. Il n'en est rien. Dans certains cas on ne retrouve pas les limites des deux organes; des cicatrices nacrées, dures, brillantes, vont de l'un à l'autre, tout est déformé, irrégulier, modifié. Mais on peut être guidé soit par une sonde introduite dans les fosses nasales, soit par l'exploration faite à l'aide du stylet introduit dans l'ouverture ou le pertuis fistuleux qui subsiste généralement. Quand on trouve cet orifice, il faut l'agrandir; quand il n'existe point, il est nécessaire d'en créer un artificiellement de toutes pièces. Pour cela on procède à des sections transversales ou antéro-postérieures, soit à l'aide du galvanocautère, soit à l'aide de bistouris courbes, ou de bistouris coudés, comme ceux dont on se sert pour les fistules vésico-vaginales. On tâchera de donner à la perforation ainsi pratiquée des dimensions aussi étendues que possible dans le sens transversal. C'est surtout quand il s'agit de simples adhérences qu'il faudra procéder ainsi. — Quand le rétrécissement est très épais, le voile dense, rigide, on n'aura qu'à se louer d'imiter la conduite de L. Championnière, qui perfora le voile immédiatement en arrière du palais osseux, le fendit sur la ligne médiane et put alors sans difficulté disséquer et détacher du pharynx chacune de ses deux moitiés. Puis il réunit les deux portions du voile par une suture médiane. La perforation antérieure est recommandée systématiquement par Kühn, Couétoux, etc., pour lesquels l'incision médiane antéro-postérieure, immédiatement derrière le palais osseux, constitue toute l'opération. Mais quelle que soit la conduite adoptée, et en pareil cas on ne saurait formuler de règle absolue, car les cas sont trop dissemblables pour que la manière d'agir ne soit pas un peu subordonnée à l'étendue et à la répartition des lésions, cette communication rétablie, il faut songer au moyen de la rendre durable. L'interposition de corps étrangers constitue encore la meilleure ressource dans la plupart des cas. Gosselin avait fait construire un

appareil en gutta-percha, qui prenait point d'appui sur le bord postérieur de la voûte palatine d'une part, de l'autre sur la colonne vertébrale, et qui était pourvu d'une soupape permettant à l'air de passer des fosses nasales vers le pharynx, tout en empêchant les aliments de remonter vers les fosses nasales.

Plus simplement on a utilisé des rubans de caoutchouc, des drains. Tous ces appareils sont appliqués d'une façon à peu près analogue; on s'arrange de façon que les drains, les rubans, les fils qui maintiennent la plaque de gutta, sortent par les narines et par la bouche, et que l'appareil prenne point d'appui en arrière contre la cloison des fosses nasales. Les drains ou rubans qui sortent par les narines sont fixés à un bâtonnet ou liés ensemble immédiatement au-dessous de la sous-cloison. De cette manière l'appareil ne peut ni monter ni descendre. Dans le cas que rapporte Albertin, une pièce prothétique en caoutchouc vulcanisé, faite d'après un moule du voile du palais normal, fut appliquée derrière le voile et les piliers décollés; elle était pourvue de deux prolongements antérieurs qui s'enfonçaient dans les fosses nasales, comprenant la cloison dans une sorte de fourche, et de deux prolongements postérieurs qui s'interposaient entre la paroi pharyngienne et les piliers qu'on venait de libérer. On peut encore, comme L. Championnière, installer à demeure une canule d'argent prenant point d'appui sur les dents.

Couétoux et d'autres recommandent de placer après perforation du voile une plaque palatine avec une cheminée traversant l'orifice et destinée à rester en place un temps indéfini.

On est malheureusement obligé dans beaucoup de cas de recourir au port continu de ces appareils, sous peine de voir la perforation s'oblitérer très rapidement. Mais quelquefois, et ce résultat dépend beaucoup du cas que l'on a à traiter, après avoir laissé séjourner les drains pendant vingt, trente, quarante jours, on peut obtenir un orifice stable, beaucoup plus étroit que celui qu'on avait créé, mais suffisant. On est obligé cependant d'entretenir pendant assez longtemps la dilatation de cet orifice, soit avec des mandrins, soit comme Verneuil avec un ballon de caoutchouc monté sur une sonde rappelant les pessaires à air. Malheureusement on échoue parfois malgré tous ses efforts. Le mieux, pour éviter la reproduction du rétrécissement, serait de faire, comme le conseillait Dieffenbach, la suture des surfaces cruentées. Rien de mieux, quand cela est possible, mais la chose est loin d'être toujours praticable.

Lessen, quand la soudure vélo-pharyngée est complète, mais que la luvette est intacte, conseille de la diviser en deux feuilletés antérieur et postérieur. La luvette et les parties avoisinantes du voile étant ainsi dédoublées, on fait à la base du feuillet antérieur une boutonnière à travers laquelle on fait passer le feuillet postérieur. L'antérieur est alors fixé à la paroi pharyngée. L'orifice doublé de muqueuse a

chance de conserver ses dimensions. C'est un procédé difficile, aléatoire et applicable dans des cas fort limités.

Les rétrécissements de l'isthme du gosier et du pharynx inférieur comportent des indications assez analogues. La simple dilatation est d'une application difficile, et en outre on ne peut guère laisser ici de corps étrangers à demeure. Par contre, les sections à l'aide du galvanô, du thermocautère ou du bistouri sont plus aisées.

On peut aussi plus facilement, pour ceux de l'isthme du gosier, pratiquer les sutures des surfaces saignantes, qui constituent évidemment le meilleur moyen d'empêcher la reproduction des adhérences. C'est ce qu'a fait Péan avec un plein succès. Sur une malade dont le voile du palais et la langue étaient presque confondus, et chez laquelle persistait simplement un tout petit orifice de communication entre la bouche et le pharynx, il sépara au bistouri les organes fusionnés, et plaça des sutures au fil d'argent sur la face dorsale de la langue et les piliers auxquels la libération avait rendu à peu près leur forme primitive.

Pour les rétrécissements inférieurs, on a recours à des incisions libératrices pratiquées dans plusieurs directions, suivies de dilatation poursuivie avec patience pendant des mois avec les bougies creuses de Schroeter, les pinces de Jacobson, ou de Michaël. Dans certains cas tout à fait urgents, on peut être obligé de pratiquer tout d'abord la trachéotomie.

Ces interventions habituellement bénignes peuvent être accompagnées d'accidents assez sérieux. Le plus à craindre est l'hémorragie. Tous ces rétrécissements pharyngiens, quand on les sectionne, donnent du sang en notable quantité. Les inférieurs sont, à ce point de vue, plus dangereux que les autres, puisqu'en les sectionnant on a pu blesser des artères assez importantes, telles que la laryngée supérieure, comme il arriva à Heinze et à Hoffmann. Dans un cas, Thiersch dut faire la ligature de la carotide.

Jacobson se demandait si en pareil cas on ne serait pas autorisé à faire une pharyngotomie externe pour mettre un terme à l'hémorragie en même temps qu'on aborderait directement le rétrécissement.

Dans un cas exceptionnellement difficile, Vausant avait été contraint par la nécessité, à ouvrir une voie artificielle, l'étendue et la complexité des lésions l'empêchant d'agir par la bouche. Non seulement, en effet, le pharynx buccal était occupé par des brides multiples, mais la langue adhérait aux gencives, au voile, à la voûte palatine. Il employa donc la voie sus-hyoïdienne, détacha le plancher buccal du maxillaire par une incision curviligne et put ainsi libérer la langue et inciser les rétrécissements du pharynx. Son malade en fut soulagé, mais la récurrence se reproduisit avec une extrême rapidité.

M. Vallas a trouvé dans la cure des rétrécissements du pharynx une des meilleures indications de sa pharyngotomie transhyoïdienne.

Sur un homme de vingt-deux ans, il put ainsi aborder un rétrécissement bas situé, inaccessible à la vue, et qui s'était reproduit très vite après une première intervention pratiquée par les voies naturelles. Et en effet, en présence de rétrécissements dont le traitement régulier est impossible en passant par la bouche, on est autorisé à s'ouvrir une voie artificielle par la méthode de M. Vallas ou par toute autre pour supprimer l'obstacle, ou du moins agir directement et sans danger sur le rétrécissement.

Les suites de ces diverses opérations sont en général simples, les malades souffrent un peu des divers appareils laissés à demeure dans le pharynx, quand il s'agit de rétrécissement naso-pharyngien, mais ils s'y habituent assez vite. Ces corps étrangers sont eux-mêmes assez bien tolérés par les tissus, mais on note parfois des ulcérations de la sous-cloison, ou des parties du voile et du pharynx qui sont en contact avec eux. Dans le cas de Verneuil, où la malade était encore en période de syphilis active, des ulcérations syphilitiques reparurent sur le voile et le pharynx et il fallut prématurément relâcher, puis supprimer l'appareil. Le malade de Trélat eut une complication assez rare, de l'emphysème du cou et des joues, mais il guérit spontanément en quelques jours.

IV. — SUPPURATIONS DÉVELOPPÉES AU VOISINAGE DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX.

Nous étudierons successivement les *infections péri-buccales*, avec leurs localisations aux lèvres, à la joue et au plancher, puis les *infections péripharyngiennes*, qui, suivant leur siège, doivent être divisées en *abcès rétro-pharyngiens*, *latéro-pharyngiens*, *pharyngo-laryngés*.

Quelques-unes de ces infections revêtent un caractère spécial de gravité, et c'est précisément dans l'étude de ces formes anormales que réside aujourd'hui l'intérêt de la question.

A. — SUPPURATIONS PÉRIBUCCALES.

1° **Suppurations des lèvres et des joues.** — Il suffit de mentionner les *furuncles* et *anthrax* des lèvres. Ils déterminent un œdème considérable, prédominant du côté de la muqueuse. Il en résulte une déformation toujours très accentuée de l'orifice labial. Si l'on n'était prévenu, on chercherait la lésion du côté de la muqueuse et non du côté de la peau, où parfois rien n'attire l'attention tout d'abord. Ces furuncles sont très douloureux. Leur évolution est habituellement très bénigne, mais il ne faut jamais les considérer comme quantité négligeable. Ils peuvent en effet s'accompagner de phlébite faciale,

dont on connaît les fâcheuses propagations aux veines de l'orbite et aux sinus crâniens.

Au *niveau du menton*, se développent parfois des abcès dont la physiologie est assez spéciale. Ils siègent juste sur la ligne médiane, au niveau de la partie antérieure du menton. Qu'on les laisse s'ouvrir spontanément, où qu'on donne issue au pus par une incision, ils se terminent par une fistule. Mon éminent maître Richet, les considérait comme des hygromas suppurés. Il décrivait à ce niveau une bourse muqueuse, multiloculaire à parois très épaisses, qu'il appelait bourse prémentonnaire. Son inflammation donnerait lieu à ces abcès. Il n'est pas impossible en effet que chez certains sujets il existe en cette région un organe séreux, et je ne voudrais pas mettre en doute une disposition constatée par un anatomiste tel que l'était Richet. Cependant je dois dire que je l'ai recherchée avec beaucoup de soin sur presque toutes les têtes qui ont été disséquées dans mon pavillon de prosecteur à l'École pratique, sans avoir jamais rencontré rien de semblable. Si donc il y a là une bourse séreuse, je crois qu'elle doit être bien rare, et que ses hygromas sont encore problématiques. Ces abcès sont sans aucun doute d'origine dentaire, et reconnaissent pour cause une lésion radiculaire d'une des incisives médianes, bien que parfois ces dents soient saines en apparence. En pressant sur leur couronne on détermine généralement de la sensibilité au niveau de l'une d'elles, et un stylet introduit par la fistule conduit, dans la majorité des cas, sur la racine altérée. Il faut se résoudre à extraire la dent, bien que la couronne soit saine; mais quand la lésion radiculaire est limitée, on peut, après résection de l'extrémité malade, tenter la réimplantation.

Parmi les *inflammations de la joue*, les plus communes de beaucoup sont consécutives à des périostites du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur, elles-mêmes sous la dépendance de lésions dentaires. Les accidents revêtent tout d'abord les caractères de la périostite (1) : tuméfaction, rougeur, œdème. Les abcès, qui sont la terminaison commune de ces infections d'origine dentaire, peuvent siéger au contact de l'os, sous le périoste, mais fréquemment la suppuration envahit la joue, et quand un traitement hâtif et bien compris ne vient pas mettre fin aux accidents, il peut persister une fistule génienne, à bords déprimés, qui durera tant qu'on n'aura pas supprimé la dent ou le petit point de nécrose du maxillaire qui a été la cause première de l'abcès et qui tient la fistule sous sa dépendance. Il faut savoir que, dans certains cas, la relation entre une fistule ou un abcès de la joue et cette lésion dentaire n'est pas immédiatement évidente. J'ai examiné récemment, dans le service de M. Le Dentu, un jeune homme de seize ans, qui portait au centre de la joue gauche un abcès du volume

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t II, p. 601.