

de faire remarquer leur analogie avec les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Dans d'autres cas il n'est pas possible de faire avec certitude le diagnostic différentiel entre les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses, et il en est surtout ainsi des ulcérations larges et profondes de la paroi postérieure du pharynx; parfois alors la disparition rapide des ulcérations syphilitiques sous l'influence de l'iodure de potassium vient seule éclairer le diagnostic. Dans les cas de tuberculose on ne possède guère d'autres moyens de traitement que le grattage des ulcérations avec la curette tranchante, suivi de frictions de la plaie avec de la poudre d'iodoforme, et encore faut-il que ces ulcérations ne soient pas trop étendues. En outre on veillera à la bonne alimentation du malade, aux soins de propreté de la bouche et à l'observation des préceptes généraux d'hygiène applicables aux tuberculeux.

§ 148. — On voit quelquefois un phlegmon de la région de l'amygdale venir compliquer une inflammation folliculaire ou une diphtérie légère de cet organe.

L'angine phlegmoneuse, ou abcès de l'amygdale, s'observe encore plus souvent à l'état de maladie indépendante; tantôt elle affecte une seule amygdale, tantôt les deux successivement, et, entre autres inconvénients, elle présente une certaine tendance aux récurrences.

L'ensemble des symptômes de l'angine phlegmoneuse semble démontrer que, dans les formes graves de cette affection, il s'agit essentiellement d'une inflammation du tissu conjonctif péri tonsillaire. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut s'expliquer la tuméfaction dure et étendue à toute la région tonsillaire, telle qu'on l'observe au début, ainsi que l'œdème de la muqueuse qui s'étend souvent bien au delà des limites du foyer inflammatoire proprement dit, jusqu'au voile du palais, à la luette et aux piliers antérieurs et postérieurs. Suivant que l'abcès se développe surtout en dehors et en arrière de l'amygdale, ou bien au niveau du bord antérieur ou postérieur de cet organe, on voit se produire un gonflement considérable de ces différentes régions.

Le plus souvent l'abcès se développe au niveau du bord antérieur de l'amygdale et finit par se faire jour à travers le pilier antérieur. Plus rarement le pilier postérieur et la luette se tuméfient considérablement et l'abcès formé perfore alors le pilier postérieur, à moins que le pus ne se porte latéralement vers la colonne vertébrale sous le constricteur supérieur du pharynx, pour former un abcès rétro-pharyngien latéral. Le voisinage de la carotide interne doit nous rendre réservé dans le pronostic, car on a déjà vu plusieurs fois la destruction des parois de ce vaisseau par le pus déterminer une hémorragie mortelle, ou que la ligature de la carotide commune parvenait seule à arrêter (CAYTAN).

Ce dernier accident a été observé aussi bien à la suite de l'incision de l'abcès que dans les cas d'ouverture spontanée de ce dernier, et cela non seulement

chez des malades (tuberculeux, syphilitiques, pyémiques, etc.), mais encore chez des individus absolument sains. Quelquefois même les pulsations de l'abcès permirent de diagnostiquer la perforation du vaisseau. Du reste l'hémorragie ne provenait pas toujours de la carotide interne. Lorsque l'écoulement sanguin ne s'arrête pas rapidement, le seul moyen d'en venir maître consiste dans la ligature de la carotide commune.

Les symptômes de l'angine phlegmoneuse sont souvent très pénibles. Lorsque l'inflammation est étendue le malade est pris, le plus souvent, tout d'abord d'une fièvre intense, puis il éprouve des douleurs très vives au niveau de l'amygdale et de la région correspondante du pharynx, douleurs qui s'irradient dans la tête, et s'exagèrent tellement dans les mouvements du palais ou du pharynx qu'il ne peut ni parler, ni avaler autre chose que des liquides en petites quantités. La parole est embarrassée, épaisse en quelque sorte, comme si le malade avait un corps étranger volumineux au niveau de la partie postérieure de la langue et du voile du palais. Les mâchoires ne peuvent être écartées que très imparfaitement, et la bouche répand une très mauvaise odeur par suite du nettoyage incomplet de cette cavité et de l'inflammation catarrhale de la muqueuse buccale qui ne tarde pas à survenir. Des congestions vers la tête avec céphalalgie extrêmement pénible par le fait de la compression des gros troncs vasculaires, la sensation, angoissante, d'une asphyxie imminente dans les cas d'œdème considérable de la muqueuse du pharynx, sensation qui se produit surtout la nuit dans le décubitus dorsal, tels sont les symptômes qui viennent compléter le tableau morbide excessivement pénible de l'angine phlegmoneuse.

Tous les gargarismes qui ont été préconisés sont inefficaces, et il en est de même des enveloppements froids ou chauds. L'application d'une vessie de glace sur le cou est encore le moyen le plus actif que nous possédions pour enrayer la marche du phlegmon.

Bien que l'on doive chercher à délivrer le plus tôt possible le malade de ses souffrances à l'aide du bistouri, il y a cependant quelque inconvénient à pratiquer des incisions hâtives avant que l'on ait reconnu exactement en quel point le pus tend à se faire jour à l'extérieur. Ces incisions sont extrêmement douloureuses, et le malade ne se résoudra pas facilement à en subir une seconde lorsque la première est restée sans effet. Il convient donc d'attendre pour ouvrir l'abcès que la présence du pus ait pu être reconnue avec certitude par les signes que nous allons faire connaître.

C'est par la palpation que l'on reconnaîtra le mieux le moment propice d'ouvrir le phlegmon et l'endroit où l'incision doit être pratiquée. C'est surtout au niveau du pilier antérieur que l'on sent dans la masse dure du phlegmon un point mou qui se laisse déprimer et peut même donner la sensation de fluctuation. Cette dernière est plus facile à

constater au niveau de l'amygdale elle-même ou du pilier postérieur. L'existence d'un point plus douloureux que les autres peut également servir de guide au bistouri dans les cas douteux. Lorsqu'on a déterminé ce point au niveau du pilier antérieur, l'index gauche étant appliqué sur la langue pour la protéger, on enfonce profondément un bistouri pointu ou un ténotome, et l'on incise transversalement le voile du palais sur une étendue de 1 à 1 centim. 1/2. Les muscles tenseur et élévateur du voile du palais sont ainsi le plus souvent divisés. Ce n'est qu'en faisant d'emblée d'aussi larges incisions que l'on réussit à assurer pour plus tard le libre écoulement du pus. Lorsque l'incision doit être pratiquée à travers le pilier postérieur, il faut agir avec précaution à cause de la possibilité de blesser la carotide interne. Pour éviter cet accident, dont on connaît déjà plusieurs exemples, on aura soin de ne pas diriger le bistouri trop en dehors, mais de le plonger directement d'avant en arrière à travers le bord du pilier postérieur, et l'on agrandira l'incision dans la direction de la ligne médiane.

§ 149. — Bien que les **tumeurs des amygdales** ne soient pas très fréquentes, on y a cependant observé des fibromes, des sarcomes et des carcinomes. On a même dans quelque cas extirpé des fibromes pédiculés de cette région. Mais la plupart des tumeurs de l'amygdale sont des **carcinomes** et ont par conséquent un mauvais pronostic. Il est rare que cet organe soit le siège primitif du carcinome; plus souvent ce dernier a pour point de départ les parties voisines, le voile du palais, la face interne des joues, etc., et il n'envahit l'amygdale que secondairement.

LANGENBECK et BILLROTH ont proposé de détruire ces tumeurs malignes à l'aide du fer rouge. On ne peut guère espérer un résultat durable de ce procédé. Encore ici c'est l'extirpation qui est le plus sûr moyen de guérison; il est vrai qu'elle n'est pas sans danger, la tumeur n'étant guère accessible que par une opération préliminaire. O. WEBER conseille l'extirpation après résection temporaire préalable du maxillaire inférieur dans la région de la troisième grosse molaire. L'os est alors renversé en dehors avec les parties molles qui le recouvrent. On dispose ainsi de plus de place pour l'extirpation de la tumeur, et l'on peut facilement lier les vaisseaux intéressés tels que la pharyngienne ascendante, la linguale, la maxillaire interne et la carotide (*Voir* § 164, *la méthode employée par LANGENBECK pour l'extirpation de la langue*).

MIKULICZ s'est servi dernièrement du procédé suivant: une incision est pratiquée de l'apophyse mastoïde à l'os hyoïde, et l'on divise toutes les parties molles jusqu'au maxillaire; puis on détache le périoste jusqu'à une grande hauteur et l'on sectionne l'os au niveau de l'insertion du masséter. Enfin on résèque toute la partie du maxillaire comprise entre cette section et l'articulation. La tumeur de l'amygdale se trouve ainsi à découvert, ce qui permet de l'extirper commodément. Ce n'est qu'en dernier lieu que l'on divise la muqueuse, car on doit éviter de perforer cette dernière dans le cours de l'opération.

VI. MALADIES DE LA LANGUE.

Pertes de substance et vices de conformation de la langue

§ 150. — On possède des observations d'absence congénitale presque complète de la langue. Dans ces cas cet organe ne se trouve plus représenté que par deux petites nodosités mobiles grâce à un appareil musculaire spécial (LOUIS). Il est plus fréquent d'observer des pertes de substance acquises à la suite d'ulcérations ou de traumatismes chirurgicaux (amputation de la langue), rarement à la suite de lésions traumatiques accidentelles. C'est ainsi que dans un cas récemment publié, un fragment tranchant du maxillaire inférieur fracturé avait été refoulé en dedans par la violence traumatique et avait amputé la langue au niveau de sa base.

Les observations des chirurgiens démontrent que les inconvénients résultant d'une perte de substance aussi considérable n'ont pas la gravité qu'on serait tenté de leur attribuer. Ainsi l'on cite assez souvent le fait remarquable d'individus qui parlaient distinctement malgré l'absence plus ou moins complète de la langue. Ce sont les gutturales qu'ils articulent alors avec le plus de difficulté.

La malformation congénitale la plus fréquente consiste dans des **anomalies du frein de la langue**. Le repli de muqueuse qui s'étend de la langue vers le plancher de la bouche offre parfois une longueur exagérée, de sorte que la langue paraît fixée par son filet presque jusqu'à sa pointe. Dans d'autres cas le filet fortement tendu est réellement trop court pour permettre à la langue d'exécuter librement les mouvements nécessaires à la succion et à la déglutition. Il arrive plus souvent encore, il est vrai, que les parents ou la nourrice de l'enfant admettent un défaut de mobilité de la langue par adhérence alors que celle-ci n'offre aucune anomalie de ce genre; c'est ailleurs que l'on doit chercher alors les véritables causes des troubles fonctionnels relatifs à la déglutition et à la succion chez les tout jeunes enfants, et à la parole chez les enfants d'un âge plus avancé.

La mobilisation de la langue fixée par le filet constitue, du reste, une opération fort simple. On introduit l'index et le pouce de la main gauche sous la langue de l'enfant, de façon à tendre entre les doigts le filet dont on pratique la section à l'aide de ciseaux qui ne doivent pas être trop pointus. Si l'on a soin de ne pas prolonger l'incision au delà du repli fortement tendu, mince et transparent de la muqueuse, on ne court aucun risque de produire quelque lésion accessoire.

ROSER fait mention d'une soudure de la langue par les surfaces épithéliales, soudure que l'on peut faire disparaître avec le doigt ou à l'aide d'une spatule. Une forme d'adhérences bien plus importante est celle qui se produit à la suite de lésions traumatiques, ou qui succède à des