

Dans le cas d'épithélioma qui a gagné le voile du palais, tout traitement, toute opération même ne peuvent être que palliatifs.

3° *Perforation de la voûte et du voile du palais.* — Après ce que nous avons dit du bec-de-lièvre compliqué, nous n'insisterons plus sur les vices de conformation et nous ne nous occuperons ici que des perforations dues à des ulcérations ou à des néoplasies (1).

La communication anormale établie entre la bouche et l'arrière-cavité des fosses nasales par les perforations uniques d'ordinaire de la voûte palatine, multiples souvent du voile du palais, entraîne toujours les mêmes accidents fonctionnels que nous avons décrits en parlant des divisions congénitales. Toujours la déglutition, la phonation sont entravées, la voix est nasonnée, les parcelles alimentaires pénètrent dans les fosses nasales, peuvent y séjourner et déterminent les lésions irritatives que nous avons signalées plus haut. Ces conséquences, toujours incommodes, peuvent encore se compliquer quand, à la suite d'ulcérations, quelle qu'en soit la nature, le voile vient à contracter des adhérences au pourtour des orifices naturels voisins : le pharynx et la trompe d'Eustache. Dans ce dernier cas l'audition devient difficile, la surdité complète en est même la conséquence quand les deux pavillons tubaires sont oblitérés simultanément, tandis qu'elle se borne à une seule oreille alors qu'une seule trompe est fermée par ces adhérences.

Toujours, en pareil cas, une intervention active devient nécessaire. Elle pourra être purement palliative au moyen d'instruments, de plaques, d'obturateurs mécaniques plus ou moins étendus suivant les circonstances, ou bien encore elle pourra être chirurgicale et déterminer les différentes opérations d'uranoplastie et de staphyloraphie pour lesquels nous renvoyons aux traités de médecine opératoire.

Avant de comparer ces deux méthodes rappelons qu'alors qu'il s'agit de lésions syphilitiques, il importe, avant de rien entreprendre, de faire usage d'un traitement spécifique qui souvent suffit à lui seul pour amener l'obturation de perforations palatines de petite étendue. Ce ne sera que lorsque les bords de l'ulcération seront cicatrisés qu'il sera opportun de songer à combler les perforations.

Les appareils prothétiques que l'on fabrique aujourd'hui sont arrivés à une perfection relative telle que toujours ils donnent des résultats consécutifs supérieurs à ceux que l'on obtient par les autoplasties. A la suite de ces dernières opérations, alors même que la perte de substance est comblée, la rétraction cicatricielle produite sur la ligne médiane, ou sur les côtés quand on taille des lambeaux latéraux, entrave le jeu normal du voile, le rend plus rigide, le rétrécit, la voix reste nasonnée, et l'articulation des sons difficile. Les lames ou obturateurs prothétiques, à voile mobile, donnent de bien meilleurs résultats, ils ont

(1) Trélat a signalé un cas de division du voile arrivé spontanément après la naissance; je ne m'explique pas la manière dont elle a pu se produire.

toutefois l'inconvénient de leur prix relativement élevé qui ne les met pas à la portée de tous les malades.

8° MALADIES CHIRURGICALES DES AMYGDALES.

A. — *Lésions traumatiques.*

Bien que les amygdales semblent, par leur situation, devoir être facilement accessibles aux vulnérations produites par les corps étrangers introduits dans la bouche avec une certaine violence, ou imprudemment déglutis, l'examen attentif des faits recueillis démontre cependant que les traumatismes de l'amygdale sont chose rare.

Ce fait s'explique par cette notion anatomique, à savoir que les amygdales normales sont ordinairement cachées derrière les piliers du voile du palais et se déroberaient par conséquent en quelque sorte soit aux corps acérés qui s'aventurent du côté de l'isthme du gosier, soit aux corps plus ou moins mous ou contondants enfoncés de force par l'orifice buccal. Quant aux lésions traumatiques qui seraient le résultat d'une plaie profonde du cou, elles sont trop rares pour que nous puissions en faire ici l'histoire, et d'ailleurs leur importance s'effacerait complètement devant celle des organes atteints.

Il ressort de ce que nous venons de dire qu'un certain degré d'hypertrophie des glandes amygdaliennes prédispose naturellement aux blessures de ces organes. Aussi les piliers sont-ils plus fréquemment intéressés.

Dans quelques cas l'amygdale a pu être contuse par une tige de bois, de métal, d'ivoire, un tuyau de pipe, manche de porte-plume, crayon, soit que le malade soit tombé involontairement la face dirigée contre un plan résistant, soit qu'une main étrangère ait enfoncé brutalement le corps vulnérant vers le fond de la bouche.

Dans d'autres cas plus fréquents, les blessures de l'amygdale ont été déterminées par un corps pointu, et parmi ceux-là se placent en première ligne les arêtes de poisson qui peuvent se ficher dans l'organe et y rester jusqu'à ce qu'on les en retire.

Le traitement de ces diverses lésions de l'amygdale consistera dans l'extirpation du corps étranger lorsqu'il sera fixé dans l'amygdale et dans les gargarismes souvent répétés avec des liquides émollients en même temps qu'antiseptiques. C'est ainsi qu'on évitera la complication si fâcheuse de l'amygdalo-phlegmon.

B. — *Lésions inflammatoires.*

1° Amygdalite phlegmoneuse.

Le ganglion amygdalin avec son tissu réticulé, ses follicules clos et

ses cryptes, placé sur les parties latérales de l'isthme du gosier, se trouve frôlé sans cesse par les aliments solides ou liquides qui sont soumis à la déglutition, il se trouve de plus en contact avec l'air inspiré et expiré. C'est certainement là qu'il faut chercher la cause des inflammations répétées de cet organe qui devient soit une porte d'entrée pour les substances virulentes et septiques et les microbes ambiants, soit un lieu de moindre résistance pour les maladies à localisation tonsillaire. Nous ne nous occuperons ici que de l'inflammation phlegmoneuse des amygdales connue depuis si longtemps sous les noms divers d'amygdalite phlegmoneuse ou suppurée, ou bien encore d'amygdalophlegmon. Ce qui vient d'être dit démontre assez clairement la part qu'il faut attribuer aux traumatismes, aux corps étrangers et aux influences atmosphériques dans la production du phlegmon amygdalien.

L'angine phlegmoneuse débute comme toutes les angines aiguës, ce n'est que quelques jours après que les différences s'accroissent.

La fièvre reste violente, la rougeur devient plus vive et plus étendue, le gonflement est plus généralisé et l'œdème circonvoisin augmente; les ganglions rétro-maxillaires sont plus fortement engorgés. Le fond de la bouche revêt alors un aspect assez caractéristique. Les amygdales turgescents et d'un rouge sombre, pour ainsi dire violacé, se rapprochent l'une de l'autre, les piliers antérieurs qui seuls apparaissent sont augmentés de volume, envahis qu'ils sont par l'œdème inflammatoire; le voile du palais lui-même est épaissi, et la luette devenue énorme comme épaisseur et comme longueur se cache en partie ou en totalité derrière les tonsilles grossies par le phlegmon. Le processus inflammatoire continuant, l'isthme du gosier n'est plus reconnaissable et l'on n'aperçoit plus à sa place qu'une fente linéaire, irrégulière, limitée de chaque côté par deux masses enflammées présentant ordinairement quelques points blanchâtres irrégulièrement disséminés à leur surface. Le tout semble noyé derrière des mucosités filantes et visqueuses dont le malade ne peut se débarrasser qu'incomplètement et qu'il semble ne déglutir qu'avec la plus grande difficulté. Si par hasard, au moment où il se soumet la bouche ouverte à l'examen médical, le malade exécute un des mouvements de déglutition, les tonsilles s'écartent légèrement l'une de l'autre et laissent entrevoir par cette ouverture un gros organe dont la forme et le volume sont comparables à ceux d'une sangsue gorgée de sang : c'est la luette qui, quelquefois quintuplée de volume, pend inerte en arrière des amygdales et au-dessus de l'orifice glottique qu'elle vient souvent impressionner désagréablement, provoquant ainsi un besoin d'expectoration incessant et une toux réflexe insupportable.

L'inflammation du voisinage des parois pharyngiennes peut aussi apparaître de cette façon surtout lorsque l'éclairage est convenable,

mais il faut bien le dire, ce n'est pas là chose absolument facile à constater *de visu*.

Quant aux troubles physiologiques occasionnés par l'angine phlegmoneuse, on les devine sans peine, ils consistent en une difficulté de la déglutition qui augmente au fur et à mesure que le pus se collecte. Il arrive un moment où les liquides eux-mêmes ne sont avalés qu'avec la plus extrême difficulté. Ces derniers peuvent même refluer par les fosses nasales.

Le facies est alors altéré, l'haleine est fétide, la voix est nasonnée, il y a de la gêne respiratoire, le malade n'ouvre plus la bouche que très difficilement et éprouve des douleurs soit spontanées, soit irradiées du côté des oreilles. C'est alors que l'abcès, qui ordinairement est circonscrit, proémine du côté de la bouche et qu'il est indiqué d'aller avec la pulpe de l'index rechercher la fluctuation, qui d'ailleurs ne se reconnaît que très rarement. C'est plutôt une sensation de rénitence et d'élasticité que l'on perçoit. L'abcès peut présenter une saillie blanchâtre au point où il doit s'ouvrir et semble appeler ainsi le bistouri du chirurgien. Ce n'est guère que sept à huit jours après son début que l'angine phlegmoneuse s'ouvre spontanément ou réclame l'intervention chirurgicale.

Les complications de l'angine phlegmoneuse sont quelquefois plus redoutables que la maladie envisagée isolément. Qu'il nous suffise de dire que lorsque le phlegmon tonsillaire est double, les dangers de l'asphyxie sont beaucoup plus grands. L'œdème inflammatoire peut envahir la région sus-glottique et rendre nécessaire la trachéotomie. Dans les fièvres éruptives graves et même à la suite de l'intoxication palustre, l'amygdalite peut se terminer par gangrène.

L'inondation subite des voies aériennes par le pus fétide qui sort de l'abcès peut amener la suffocation et la mort. Après une première évacuation du pus, le phlegmon peut récidiver et laisser persister une gêne prolongée de la déglutition et de la phonation due à une paralysie plus ou moins prolongée des piliers et du voile du palais. Lorsque l'abcès, au lieu de se porter du côté de la bouche, s'enfonce au contraire dans les parties profondes du cou, il en résulte des fusées purulentes le long du cou nécessitant dans certains cas une intervention chirurgicale plus grave et pouvant amener, si on ne fournit pas une issue facile au pus, l'ulcération de l'une des carotides interne ou externe. Cette perforation des artères, dont la plus fréquente est naturellement celle de la carotide interne, peut se produire avant ou après l'ouverture de l'abcès. Lorsqu'elle se produit avant, il est difficile de la prévoir, et si quelques chirurgiens ont su la reconnaître et ne pas intervenir en pareil cas, il en est d'autres, et des plus autorisés, qui s'y sont trompés.

Traitement. — On s'abstiendra au début des cautérisations intem-

pestives et des gargarismes astringents, on emploiera avec plus d'efficacité les émoullients, les embrocations d'huile de camomille ou de jusquiame chaudes autour du cou et tous les liniments et onguents opiacés et belladonnés; les sangsues appliquées dans la région rétro-maxillaire peuvent enrayer ou tout au moins diminuer la marche de l'inflammation. Les incisions hâtives ne soulagent pas ordinairement les malades parce qu'elles sont ou inutiles ou timides. Dans quelques cas, l'administration d'un vomitif a pu faire crever l'abcès et amener la guérison. Si ce moyen, qu'il est toujours permis d'employer, surtout chez les personnes peu courageuses, échouait, il faudrait en venir à l'incision. Cette incision devra être pratiquée avec une pointe de bistouri dont la lame sera en partie cachée par un morceau de diachylon, de façon à limiter la longueur de cette pointe. Il ne faudra pas non plus la diriger en dehors de crainte de léser les gros vaisseaux.

2° Hypertrophie des amygdales.

Il arrive souvent que les angines aiguës laissent après elles des traces de leur passage, et le retour des amygdales à leur volume primitif ne s'effectue pas dans quelques cas, surtout chez les enfants, les adolescents et plus particulièrement lorsqu'ils sont entachés de lymphatisme ou de tuberculose. La syphilis est souvent, chez l'adulte, une cause d'hypertrophie des amygdales, mais en ce cas l'hypertrophie est ordinairement unilatérale. Tantôt les amygdales s'hypertrophient progressivement, sans saccades, par une sorte d'inflammation chronique d'emblée, tantôt, au contraire, l'hypertrophie procède par poussées successives dont chacune suit une nouvelle attaque d'angine aiguë, de telle sorte qu'après chacune de ces attaques l'amygdale reste plus grosse.

Depuis les recherches de Cornil et Ranvier on sait à quoi s'en tenir sur l'anatomie pathologique de l'hypertrophie tonsillaire. Lorsque les deux amygdales sont hypertrophiées, ce qui est le cas le plus fréquent chez l'enfant, l'une d'elles prédomine sur l'autre. Leur grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'une noix ordinaire. Leur couleur est le plus souvent d'un rose foncé, plus rarement d'un rouge foncé. Leur surface est parsemée de dépressions et de fentes plus ou moins profondes qui ne sont autre chose que les orifices des cryptes. De ces cryptes semblent sortir de véritables concrétions blanchâtres formées de débris de matières épithéliales. Dans quelques cas on a même observé des concrétions calcaires qui auraient été assez dures pour casser un amygdalotome.

La muqueuse présente son épithélium normal, mais elle semble plus lisse, les papilles sont comme effacées, le chorion est épaissi, les follicules clos sont augmentés de volume, les vaisseaux rares et entourés

d'une zone de tissu conjonctif exagérée. En somme il y a une véritable sclérose portant sur le tissu réticulé des follicules clos et sur la tunique périvasculaire.

Lorsque l'hypertrophie est légère, elle cause peu de gêne; mais lorsqu'elle est arrivée à un degré assez avancé, un observateur attentif peut faire le diagnostic de la maladie, rien qu'en examinant la façon de respirer du malade et en étudiant les modifications du timbre de sa voix. Outre les caractères objectifs offerts par l'examen du fond de la bouche et dont nous avons déjà parlé plus haut, le sujet atteint d'hypertrophie des amygdales présente des troubles fonctionnels concomitants, dont les uns seraient la conséquence même de l'exagération de volume des tonsilles et dont les autres en seraient peut-être la cause prédisposante. Les premiers sont représentés par les changements survenus dans la phonation dont le timbre est d'abord guttural pour devenir nasonné dans une phase plus avancée, par les troubles survenus dans la déglutition, dans la respiration et dans l'accomplissement des fonctions sensorielles des organes qui avoisinent le carrefour bucco-naso-pharyngien. En effet les amygdales peuvent être assez volumineuses non seulement pour obstruer l'isthme du gosier, mais encore pour proéminer du côté du pharynx buccal et même nasal en refoulant le voile du palais; de là les troubles que nous avons déjà signalés et qui sont faciles à comprendre, altération plus ou moins marquée de la voix, difficulté de déglutition pour les solides, gêne respiratoire qui a pu être assez considérable dans un cas pour nécessiter la trachéotomie chez un enfant; diminution du goût, du sens olfactif et de la finesse de l'ouïe qui peut aller jusqu'à la surdité ou se borner à de simples bourdonnements. On sait depuis Dupuytren que les sujets dont les amygdales sont hypertrophiées depuis l'enfance présentent une déformation particulière du tiers supérieur du thorax caractérisée par un aplatissement suivant l'axe antéro-postérieur. Cette déformation est peut-être due à la dyspnée, au tirage respiratoire causé par la maladie. Quant aux désordres qui ont été considérés comme pouvant être la cause génératrice de l'angine chronique et qui d'ailleurs l'accompagnent le plus ordinairement, ils sont constitués par une étroitesse très marquée des fosses nasales, un rétrécissement de la voûte palatine dont la cavité est plus profonde et comme disposée en ogive, le tout accompagné d'un catarrhe de la muqueuse naso-pharyngienne. Quelques auteurs ont prétendu qu'en vertu de cette disposition anormale de la portion nasale des voies respiratoires, le sujet étant obligé de respirer par la bouche, il en résultait une impression continue d'air froid sur l'isthme du gosier, d'où la fréquence des amygdalites chez un pareil malade. Telle est l'explication admise par quelques auteurs. S'agit-il là d'une cause ou d'un effet? C'est difficile à déterminer. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'angine hypertrophique se manifeste le plus souvent

dans des terrains débilités, chez des constitutions faibles. Et peut-être l'angine chronique n'est-elle, dans les cas sus-indiqués, qu'une des manifestations locales d'une diathèse plus générale se traduisant par les diverses déformations que nous avons passées brièvement en revue?

Traitement. — L'hypertrophie des amygdales, tant qu'elle n'a pas atteint un degré inquiétant pour les fonctions respiratoires et digestives, peut être justiciable d'une intervention purement médicale. Le traitement local consistera en gargarismes astringents, en collutoires et topiques, dans la composition desquels pourront entrer l'alun, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorure de zinc, etc., en inhalation, pulvérisation et douches sulfureuses. A cela on pourra ajouter un traitement général destiné à fortifier le malade. L'huile de foie de morue, les iodures, les sirops dits antiscorbutiques et dépuratifs trouveront alors leur emploi. Si cette médication échoue, ou si la lésion est trop avancée, le massage simple ou avec le doigt recouvert de poudre d'alun pourra rendre des services. Mais il arrivera souvent que l'on devra avoir recours à une opération radicale qui ne manquera pas alors d'être efficace. Sans nous arrêter à la ligature et à l'arrachement, disons tout de suite que l'opération de choix est l'amygdalotomie ou ablation de l'amygdale à l'aide de l'instrument tranchant. L'instrument employé sera le bistouri simple ou plutôt en faucille et mieux encore la lame guillotine de l'amygdalotome avec les modifications que les derniers perfectionnements y ont apportées. Chez les jeunes sujets indociles on a quelquefois été obligé d'employer l'anesthésie par le chloroforme. Le plus ordinairement, le chirurgien ne chloroformise pas son malade, mais il doit avoir soin de lui interposer entre les dents un cylindre de bois ou de liège, de façon à faciliter la manœuvre de l'instrument et à ne pas se faire pincer les doigts. Il est plus facile alors de voir ce que l'on fait et d'éviter d'entamer soit le pilier, soit la luette. Il faut bien se garder d'enlever une amygdale hypertrophiée quand elle est encore sous le coup d'une inflammation aiguë, car c'est alors que se produisent ces hémorragies incoercibles résistant à tous les moyens ordinaires, hémorragies pour lesquelles Broca a imaginé une pince spéciale destinée à comprimer toute l'épaisseur des parois pharyngiennes et pour lesquelles d'autres chirurgiens ont été obligés de laisser des pinces à forcipressure à demeure, et même de lier soit la carotide primitive (Lyden), soit la carotide externe (Mac-Carthy). Une bonne précaution à prendre après l'opération, c'est de faire gargariser le patient avec de l'eau froide et légèrement acidulée. On a quelquefois vu la diphtérie compliquer la plaie faite à l'amygdale. Est-il absolument nécessaire d'enlever les deux amygdales quand elles sont toutes les deux atteintes d'hypertrophie? Il est des cas dans lesquels le chirurgien devra se contenter de l'ablation d'une seule glande à cause des difficultés opposées par le malade d'une part, et de la largeur suffisante de la voie

ainsi créée d'autre part; il devra se souvenir, en outre, qu'un certain ténor en renom perdit deux des plus belles notes de son registre en se faisant enlever une amygdale.

3° Ulcérations des amygdales.

Indépendamment des ulcérations consécutives aux néoplasmes et dont nous aurons à nous occuper tout à l'heure, l'amygdale est sujette à présenter d'autres ulcérations de nature syphilitique ou tuberculeuse.

Le chancre induré a été rencontré rarement, il est vrai, sur l'amygdale. Son inoculation s'est effectuée dans quelques cas, chez des enfants, par le bout du sein de la nourrice. Bien au contraire, l'espace compris entre les deux piliers du voile et ces deux piliers eux-mêmes sont les véritables lieux d'élection des manifestations secondaires de la syphilis. Les syphilides se montrent là sous forme de fissures, d'érosions, de plaques, dont le fond est plus ou moins élevé et dont la couleur très variable est tantôt rougeâtre, tantôt grise ou opaline. Les gommès de l'amygdale étant très rares, les ulcérations consécutives sont par ce seul fait très peu fréquentes. Toutes ces manifestations de la syphilis, surtout l'accident primitif, s'accompagnent d'adéno-pathie rétro-maxillaire très marquée.

La tuberculose se localise aussi, mais bien moins souvent que la syphilis, sur les tonsilles; elle prend alors la forme d'ulcération plus ou moins confluyente, dont le fond est rougeâtre et le pourtour parsemé de granulations jaunâtres; il n'est pas rare d'ailleurs de rencontrer en même temps d'autres ulcérations et d'autres granulations tuberculeuses sur les organes avoisinants, pilier, voile du palais, base de la langue, pharynx et surtout larynx.

Toutes ces ulcérations, quelle que soit leur nature, déterminent ordinairement des douleurs du côté de l'isthme du gosier et plus particulièrement chez les fumeurs.

Le traitement antisiphilitique sera indiqué dans les cas de syphilides. S'il s'agit au contraire de tuberculose, il faudra enlever le mal quand il est limité. Mais si sa diffusion empêche cette ablation, il faudra se contenter d'un traitement général que l'on rendra par-dessus tout tonique et reconstituant.

C. — Lésions formatives.

Tumeurs de l'amygdale.

Chose remarquable, les tumeurs malignes des amygdales, quoique assez rares, prédominent de beaucoup sur les tumeurs bénignes. C'est à peine si l'on cite un cas de fibrome, deux cas de kystes hydatiques,

quelques rares cas de polypes et de tumeurs adénoïdes. Les gommes syphilitiques peuvent exceptionnellement avoir leur siège dans l'amygdale, et elles ont là les caractères qu'elles revêtent partout ailleurs. La lymphadénie peut aussi exceptionnellement envahir l'amygdale d'une façon primitive ou secondaire, au même titre que tous les autres organes lymphoïdes.

Les tumeurs malignes de l'amygdale comprennent dans leur cadre presque toutes les variétés englobées autrefois sous le nom générique de cancer, c'est-à-dire le sarcome qui prend ici la forme du lymphosarcome, le squirre, le carcinome et enfin l'épithélioma pavimenteux lobulé. Il ne s'agit ici que des tumeurs primitives de l'amygdale; quant à celles propagées, elles sont relativement fréquentes.

Les signes offerts par les tumeurs de l'amygdale sont, pour la tumeur bénigne, ceux de l'hypertrophie simple à tel point que c'est toujours à la suite d'une erreur de diagnostic que les cas connus dans la science ont été opérés.

Ces signes sont encore les mêmes dans les tumeurs malignes avant leur période d'ulcération.

Mais dès que l'ulcération s'est produite, la scène pathologique change, outre la gêne plus considérable qui en résulte pour la déglutition, il se produit des douleurs, soit provoquées, soit spontanées, avec irradiation du côté de l'oreille. La sanie putride qui s'écoule de l'ulcère cancéreux empoisonne son haleine et sa salive, de telle sorte qu'il devient un objet d'horreur insupportable pour lui et pour les autres. De plus, il résulte de cet état des altérations très rapides de la nutrition. Les ganglions sont rapidement envahis, la teinte devient jaune et le malade maigrit, perd ses forces si vite qu'il meurt ordinairement du troisième au septième mois après le début de la maladie.

Abandonnées à elle-même, les tumeurs malignes de l'amygdale comme celles des autres régions entraînent fatalement la mort, qui peut survenir par épuisement, par cachexie cancéreuse comme nous venons de le dire, par généralisation ou par hémorragie. L'hémorragie peut se produire de diverses façons; elle peut être foudroyante par ulcération des gros vaisseaux profonds du cou, comme elle peut, par sa répétition fréquente au niveau des ulcérations superficielles, anémier et épuiser profondément le malade.

Les tumeurs bénignes et malignes, ces dernières à leur début seulement, seront facilement prises pour de l'hypertrophie simple; mais il faudra toujours se rappeler que l'hypertrophie simple est essentiellement une maladie de l'enfance et de l'adolescence, qu'elle est bilatérale, à moins qu'elle ne soit syphilitique, et que dans ce dernier cas elle se montre plus particulièrement chez l'adulte. L'âge du malade, l'adénopathie et plus tard l'ulcération de la tumeur s'accompagnant des caractères que nous avons décrits plus haut, mettront sur la voie du diagnostic et

indiqueront que l'on est en présence de l'une des variétés du cancer.

Traitement. — Si le malade est syphilitique, il faudra toujours commencer par administrer le traitement spécifique, qui d'ailleurs restera la pierre de touche dans les cas douteux; mais si l'amélioration ne se produit pas promptement, on se gardera bien de temporiser plus longtemps et de perdre un temps précieux, et l'on interviendra d'une façon plus active, quand la tumeur sera bien limitée, quand l'adénopathie sera nulle ou minime, en un mot quand on sera sûr d'enlever tout le mal sans trop de désordres pour le malade. On a abandonné de nos jours la cautérisation et la ligature graduelle, qui donnaient presque toujours des succès à cause de l'impossibilité où l'on était d'enlever tout le mal. Ces moyens infidèles ont été remplacés par l'écraseur linéaire et le bistouri. Bien que l'écraseur ait l'avantage énorme de diminuer l'effusion du sang, il a dans cette occasion un défaut qui n'est point compensé, c'est la difficulté de son maniement au fond de la bouche et par conséquent aussi la difficulté d'une ablation complète du tissu morbide. Voilà pourquoi on a substitué le bistouri à l'écraseur. Le néoplasme peut être enlevé par la voie buccale seulement, ou bien, comme l'a fait Velpeau, par la voie buccale et la voie cervicale. L'incision faite dans les parties profondes du cou, en avant de l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien, permettra en effet non seulement d'enlever les ganglions, mais encore de poser une ligature d'attente sur la carotide externe de façon à éviter les hémorragies possibles.

9° LÉSIONS CHIRURGICALES DES MAXILLAIRES.

Déjà nous avons décrit les affections de la muqueuse du sinus maxillaire (voir plus haut); nous ne nous occuperons ici que de celles des os eux-mêmes.

A. — Lésions traumatiques.

1° Fractures des maxillaires.

1° Maxillaires supérieurs. — Toute violence extérieure agissant avec une force suffisante sur le maxillaire peut le briser; ce pourra être un coup porté par un instrument quelconque, projectile de guerre, pierre, bâton, etc., ou encore une chute sur un plan résistant. Il faut observer néanmoins que le maxillaire supérieur est protégé par la saillie que fait l'arc-boutant des maxillaires et de la zygomatique, ainsi que par la pyramide nasale. Quoi qu'il en soit, les différentes parties de l'os peuvent être brisées: l'apophyse montante, l'arcade alvéolaire, la voûte palatine et le corps de l'os.

Dans ce dernier cas le sinus maxillaire est ouvert par l'enfoncement de sa paroi, et des esquilles ou des corps étrangers peuvent s'y loger.