

par sa face externe avec les gros vaisseaux et nerfs qui remplissent l'espace maxillo-pharyngien.

Pour bien voir cet espace ainsi que les rapports de l'amygdale, il convient de pratiquer la coupe dite *coupe du pharynx*, de bien disséquer toutes les parties et de fendre ensuite la paroi postérieure du pharynx sur la ligne médiane (Voir fig. 120) (1).

Entre la face interne de la mâchoire inférieure, doublée du muscle ptérygoïdien interne, et la paroi latérale du pharynx existe un espace prismatique et triangulaire dont la base est en arrière et repose sur la colonne vertébrale, dont le sommet est en avant aux attaches des muscles constricteurs. Dans cet espace se trouvent, en procédant de dedans en dehors : la carotide interne, immédiatement appliquée sur la paroi latérale du pharynx ; la veine jugulaire interne, placée en dehors de l'artère ; le pneumogastrique, placé en arrière et entre ces deux vaisseaux. On y rencontre également les nerfs : grand sympathique, grand hypoglosse, glosso-pharyngien et spinal.

L'espace maxillo-pharyngien contient aussi des ganglions lymphatiques. Lorsque ces derniers s'enflamment et suppurent, ils repoussent la carotide en dedans vers la cavité buccale. Si ces abcès, par exception, viennent proéminer dans le pharynx, on peut craindre, en les ouvrant par cette voie, de blesser la carotide interne. Je crois donc utile de diviser les abcès latéraux du pharynx en deux espèces : ceux qui naissent en dedans de la carotide interne aux dépens de l'amygdale, et ceux qui ont leur origine en dehors de l'artère.

On peut constater, d'après la figure 120, que l'amygdale n'est séparée de l'artère carotide interne CI que par l'épaisseur de la paroi pharyngienne, c'est-à-dire par un plan musculéux et un plan fibreux, tous les deux fort minces.

Il est aisé de concevoir, d'après cela, la crainte légitime que devait jadis éprouver un chirurgien prudent, je ne dis pas à retrancher l'excédent d'une amygdale, mais à énucléer au bistouri cette glande de sa fossette. Voici ce que dit Blandin à ce sujet : « L'extirpation des amygdales doit être considérée comme une opération plus que téméraire : aussi, lorsque les ganglions glandiformes ont subi une véritable hypertrophie inflammatoire, doit-on se contenter d'exciser leur partie exubérante sur le niveau des piliers qui les circonscrivent. » P.-A. Bécлар citait dans ses cours un cas où l'ouverture de la carotide interne fit périr un malade opéré par un chirurgien dépourvu, sans doute, des connaissances anatomiques précédentes.

Grâce à l'instrument de Fanestock, pareil accident n'est plus à redouter. On le voudrait qu'on ne pourrait pas atteindre la carotide interne, par la raison que la lame agit parallèlement au plan de l'artère, qui fuirait devant elle ; et, d'ailleurs, l'amygdalotome ne fait que ce que conseillait Blandin : il enlève la partie exubérante de l'amygdale. Je persiste à penser que lorsqu'il s'agit d'une grosse amygdale bien dûment hypertrophiée et altérée dans sa structure, l'ablation est la méthode de choix. La cautérisation au galvanocautère n'est indiquée que dans certaines formes d'amygdalite chronique. J'en dirai autant du morcellement.

(1) Je prie le lecteur de remarquer sur la figure 120 la direction oblique ascendante de la carotide externe, et de se reporter à ce que j'ai dit en étudiant la région parotidienne, relativement au point où cette artère pénètre dans la loge de la glande : il sera très utile de comparer entre elles, à ce point de vue, les figures 97 et 120.