

lieu quelquefois, très rarement il est vrai, à une hémorrhagie. Lorsqu'elle devient alarmante, Chassaignac a arrêté l'écoulement du sang en portant sur la plaie un morceau de glace à l'aide des pinces de Museux; Guersant a appliqué avec succès le caustère actuel; Gensoul a réussi en faisant exercer 30 à 40 minutes la compression sur la carotide correspondante ou sur les deux carotides. Enfin F. Hatin a eu recours à la compression sur l'amygdale même. Il prit de longues pinces droites à polypes, garnit les extrémités des branches, l'une d'amadou et de linge qu'il humecta d'eau et imprégna d'alun, l'autre de simples

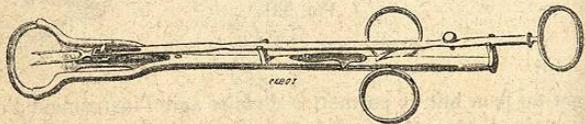


FIG. 533.

Amygdalotome de Laroyenne.

ampons de linge; appliqua la branche garnie d'amadou sur la surface saignante de l'amygdale, tandis que l'autre prenait un point d'appui au dehors, sur l'angle de la mâchoire; et il maintint les anneaux des pinces rapprochés à l'aide d'un cordon. Le troisième jour, il délia les anneaux; le quatrième, les pinces tombèrent d'elles-mêmes, et l'hémorrhagie ne reparut plus.

Verneuil eut recours, en 1874, à un moyen semblable dans un cas où un étudiant en médecine, ayant tenté sur lui-même l'excision des amygdales, avait été atteint d'une sérieuse hémorrhagie.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que la gêne de la respiration entretient les hémorrhagies du cou et de la gorge, et qu'il suffit souvent, pour les arrêter, de faire respirer largement les malades par le nez et la bouche à la fois.

II. — Abscesses des amygdales.

L'ouverture de ces abscesses se fait avec un bistouri droit aigu, enveloppé de linge jusqu'à 12 millimètres de sa pointe. La bouche largement ouverte et la langue déprimée avec une spatule,

on dirige le bistouri ou de l'œil seulement, ou, si l'on veut, sur l'ongle de l'indicateur gauche, et l'on enfonce la pointe jusqu'au foyer, en prenant soin de la diriger directement d'avant en arrière, parallèlement à la paroi buccale. Il ne faut pas oublier, en effet, que Liston et Chassaignac paraissent avoir blessé la carotide dans l'ouverture d'un abcès de l'amygdale.

ARTICLE VI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE PALAIS

I. — Excision de la luette.

Le malade assis en face du jour, la bouche largement ouverte, on saisit l'extrémité de la luette avec une pince à disséquer, on l'attire en avant de manière à la tendre autant que possible, et on l'excise d'un seul coup avec des ciseaux à pointes mousses et courbes sur le plat.

L'hémorrhagie est encore plus rare ici qu'après l'excision des amygdales. Dans un cas où elle se prolongeait, Lisfranc imagina de pincer le bout de la luette entre les branches d'une pince ordinaire, et d'appliquer le nitrate d'argent sur la plaie rendue exsangue par la compression: ce qui réussit. Il serait plus sûr encore de saisir la luette avec des pinces à forcipressure, qui ne la laisseraient point échapper.

II. — Des tumeurs glandulaires du voile du palais.

On donne ce nom à des tumeurs qui se développent à la face antérieure du voile, sous la muqueuse, où elles peuvent acquérir le volume d'un petit œuf, et où le microscope n'a trouvé que des cellules épithéliales, des culs-de-sac glandulaires, et quelques éléments fibro-plastiques. L'important est d'abord que ces tumeurs ne repullulent pas; et pour l'extirpation, un point non moins important est qu'elles ne contractent pas d'adhérences.

C'est Nélaton qui le premier a eu l'occasion d'étudier et d'opérer ces tumeurs.

Procédé de Nélaton. — Il fait une incision verticale étendue sur toute la tumeur, et la dépassant même un peu en haut et en bas; la muqueuse est ensuite décollée des deux côtés avec une

spatule; et le doigt indicateur passé en arrière de la tumeur suffit pour l'énucléer avec une étonnante facilité. Il y a à peine deux ou trois gorgées de sang perdu; et la plaie de la muqueuse se cicatrise d'elle-même.

III. — Division du voile du palais.

Le voile du palais est quelquefois divisé par une opération chirurgicale, comme lorsqu'on veut mettre à découvert un polype naso-pharyngien. La division est ordinairement congénitale; et elle se présente à plusieurs degrés, selon que le voile est seul divisé, ou que la solution de continuité s'étend plus ou moins loin sur la voûte palatine. Il ne sera ici question que de la division limitée au voile.

L'indication la plus naturelle est d'aviver les bords de la solution de continuité et de les réunir par suture, ce qui constitue la *staphylorrhaphie*. Mais J. Cloquet a aussi essayé la *cautérisation*; et je commencerai par en dire quelques mots.

1° *Cautérisation. Procédé de J. Cloquet.* — On porte un petit cautère rougi au feu juste à l'angle supérieur de la division, dans une étendue très restreinte; puis on laisse s'affermir et se rétracter le tissu de cicatrice qui succédera à la cautérisation. Alors on renouvelle celle-ci, et l'on attend de même, pour recommencer encore, de manière à réunir les parties par une suite de cicatrices qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs*. Du reste, au cautère actuel on peut substituer le cautère électrique, ou même tout simplement le crayon de nitrate d'argent.

Ce procédé, si simple, a réussi à faire disparaître des divisions d'origine syphilitique ou traumatique, et des divisions congénitales même chez des enfants où la staphylorrhaphie eût été impraticable. La seule objection à faire à ce mode de traitement est sa durée; il faut répéter les cautérisations jusqu'à vingt et trente fois, terme moyen, à quinze jours d'intervalle. Benoît (de Montpellier) a obtenu un beau succès par des cautérisations qui ont duré dix-neuf mois.

2° *Staphylorrhaphie. Procédé de Roux.* — Je crois devoir décrire le procédé primitif, tel que l'employait Roux, on saisira mieux les modifications apportées depuis lors et l'on verra aussi que la méthode a été de toutes pièces imaginée par son inventeur. L'appareil se compose : 1° de trois ligatures un peu larges,

aplaties, formées de trois ou quatre brins de fil un peu fort; 2° de six petites aiguilles courbes et plates dans toute leur longueur, enfilées à deux pour chaque ligature; 3° d'un porte-aiguille; 4° de pinces à anneaux; 5° d'un bistouri boutonné; 6° de ciseaux à branches très longues, et dont les lames, assez courtes, sont coudées à angle obtus sur l'un des côtés.

Le sujet assis en face du jour, la bouche naturellement ouverte ou écartée à l'aide d'un coin de liège, selon qu'on peut ou non se fier à sa docilité, le chirurgien saisit avec les pinces le bord droit de la division, prend ces pinces de la main gauche, et de la droite conduit dans le pharynx le porte-aiguille armé d'une

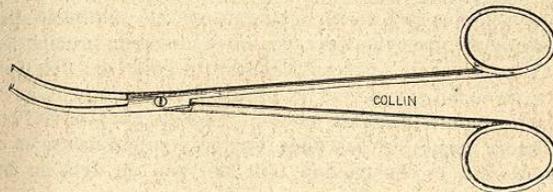


FIG. 534.

Pinces à griffes pour la staphylorrhaphie.

aiguille dont la pointe regarde par conséquent en avant. On la ramène ensuite contre le voile, qu'on lui fait traverser d'arrière en avant près de son extrémité inférieure, et à 8 ou 9 millimètres environ du bord de la division. Pour enfoncer l'aiguille, on attend que les parties soient en repos, puis, la perforation étant faite, on fait saillir le plus possible la pointe de l'aiguille en avant; on la saisit là avec les pinces, et faisant lâcher prise au porte-aiguille, on la ramène dans l'intérieur de la bouche, entraînant avec elle la ligature dont elle est enfilée. On passe ensuite de la même manière l'autre bout de la ligature à travers le côté gauche du voile, et on laisse pendre les deux extrémités en dehors des commissures labiales. Puis on place une seconde ligature en haut, à peu près au niveau de l'angle d'union de la solution de continuité, et une troisième précisément au milieu de l'intervalle qui sépare les deux autres.

Les ligatures étant placées, on en abaisse la partie moyenne vers le pharynx, pour ne pas être exposé à les couper en excisant les bords de la division; et l'on procède à ce second temps de l'opération.

On saisit donc le bord gauche de la fente tout à fait en bas