

saisissant avec des pinces de Museux la pointe de la langue, l'attira par cette énorme brèche en avant du cou, au-dessous du menton ; embrassa dans deux ligatures toute la base de la tumeur, et excisa avec précaution tout ce qui se trouvait en avant des ligatures, prêt à lier toute artère ouverte. Aucun vaisseau ne donna ; à peine y eut-il sur le moignon un petit écoulement en nappe, qu'on arrêta à l'aide de deux ou trois boutons de feu. On ne rapprocha les parties qu'incomplètement, pour faciliter l'écoulement du pus ; le plancher buccal n'en fut pas moins entièrement réuni le quarante-sixième jour.

Procédé de M. Sédillot. — On pratique sur la ligne médiane la section verticale de la lèvre inférieure, en prolongeant l'incision des téguments jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; puis on divise la mâchoire inférieure également sur la ligne médiane. Les bords de l'os écartés permettent de porter les instruments à une grande profondeur, et de disséquer surtout avec une grande facilité les dégénérescences du plancher buccal. L'excision terminée, on réunit la plaie des parties molles par suture, et on maintient la mâchoire immobile jusqu'à parfaite consolidation.

J'ai assisté M. Nélaton dans une opération de ce genre ; le succès a été aussi complet qu'on pouvait le désirer. Cependant M. Sédillot a rencontré chez son premier opéré une telle difficulté à affronter les fragments osseux, qu'il a jugé nécessaire de modifier son procédé ; il pratique aujourd'hui la section de l'os par deux traits de scie obliques, représentant un > couché horizontalement ; afin d'engrener plus tard l'angle saillant d'un fragment dans l'angle rentrant de l'autre. Cela me paraît compliquer d'abord l'opération préliminaire, et ensuite préparer quelque gêne pour l'excision de la tumeur. Je préfère donc le procédé primitif.

II. LIGATURE. — Pour toute la partie libre de la langue, la voie la plus courte est de porter les ligatures par la bouche ; pour la base de l'organe, comme elle repose sur l'os hyoïde, la voie la plus directe est la région sus-hyoïdienne.

1° *Ligature par la bouche. Procédé de Mayor.* — Il consiste à isoler les parties malades au moyen d'une ligature passée avec une ou plusieurs aiguilles à travers l'organe. Ainsi, dans un cas où la moitié de la langue devait être emportée, on l'attira au dehors à l'aide d'une érigne ; un bistouri la traversa de haut en bas sur la ligne médiane, du frein jusqu'à la base, et, en le ramenant en avant, la langue se trouva divisée en deux portions latérales ; puis la moitié

malade fut embrassée par une ligature serrée avec un tourniquet à cabestan.

Ce procédé rattache autant à l'excision qu'à la ligature, et assurément celle-ci peut être mise en œuvre par des moyens beaucoup plus simples. Récamier, par exemple, a détruit un cancer occupant tout un côté de la langue à l'aide de la ligature à anses, imitation d'un procédé général donné par Mayor lui-même (voy. p. 45).

Procédé de Récamier. — On porte une aiguille courbe armée d'un fil double près de l'extrémité la plus profonde de la tumeur ; on traverse la langue de bas en haut ; puis, un peu plus en avant, on la traverse de haut en bas, en prenant soin que les fils cernent bien tout le mal et ne passent que dans les tissus sains. On coupe alors le fil de manière à avoir deux anses : l'une qui étreindra la portion postérieure de la tumeur ; l'autre qui agira de même sur la portion antérieure. Si deux anses ne suffisent pas, on en place ainsi trois, quatre, cinq, six, soit avec la même aiguille, soit avec des aiguilles différentes, et l'on serre chaque anse à part, conséquemment avec autant de serre-nœuds que de ligatures.

Ce procédé offrirait de très grandes difficultés si le cancer se prolongeait beaucoup en arrière. M. A. Richard, dans un cas de ce genre, n'a pas hésité à fendre la joue en travers pour faciliter l'opération, ressource exceptionnelle sans doute, mais qui au besoin ne serait pas à dédaigner.

2° *Ligature par la région sus-hyoïdienne. Procédé de M. J. Cloquet.* — Ayant également à détruire une moitié de la langue, M. Cloquet fit une petite incision au-dessus de l'os hyoïde ; par cette incision il plongea une aiguille courbe montée sur un manche, laquelle vint sortir sur la ligne moyenne de la langue près de sa base ; la courbure de l'aiguille fit que la pointe se rapprocha naturellement des dents. Cette pointe était munie d'un chas par lequel on passa deux ligatures ; on retira alors l'aiguille avec les deux liens, en sorte que l'une des extrémités de ceux-ci sortait par la plaie et l'autre par la bouche. L'aiguille fut enfoncée de nouveau par la plaie, et vint cette fois sortir sous le frein de la langue ; on passa dans son chas les deux chefs restés dans la bouche, qui furent à leur tour ramenés par la plaie du cou. Les quatre chefs ainsi pendant au dehors, il y avait donc dans la bouche deux anses de fil ; l'opérateur en serra une sur la ligne moyenne de la langue, après avoir fait à sa pointe une incision d'avant en arrière, pour y engager le fil ; avec l'autre il embrassa le côté externe de la langue, et ainsi la

portion malade se trouva totalement étreinte et isolée des portions saines.

Il y a un autre mode de ligature qui empêche seulement la tumeur de recevoir le sang accoutumé, et qui tend à l'atrophier plutôt qu'à procurer la gangrène; tel est le procédé suivant.

Procédé de Mirault (d'Angers). — Il s'agissait d'une tumeur ulcérée, occupant les deux tiers antérieurs de la langue. L'opérateur fit sur la ligne moyenne du cou une incision depuis un travers de doigt au-dessous du menton jusqu'à l'os hyoïde, en pénétrant dans l'intervalle des muscle génio-hyoïdiens. Faisant alors tirer fortement la langue hors de la bouche, à l'aide d'une grande aiguille courbe portée dans la plaie, il traversa l'organe à sa base sur la ligne médiane, fit ressortir l'aiguille par la bouche, et la replongea de haut en bas par la bouche même sur le bord gauche de la langue, pour la faire ressortir par la plaie du cou. Ainsi une moitié de la langue se trouva étreinte à sa base dans une anse de fil, dont les deux chefs pendant par la plaie furent serrés au moyen d'un serre-nœud. La ligature tomba le neuvième jour, après avoir divisé les parties qu'elle embrassait; il en appliqua une seconde de la même manière sur l'autre côté. Celle-ci tomba à son tour; mais en même temps on vit la tumeur diminuer, et deux mois et demi après il n'en restait plus aucune trace; les parties divisées de la langue s'étaient d'ailleurs réunies d'elles-mêmes.

Il est remarquable que M. Mirault, croyant avoir affaire à un cancer, voulait emporter la tumeur, quand l'amélioration survenue l'engagea à s'arrêter. Il croit encore avoir guéri le cancer par atrophie; il me paraît beaucoup plus probable que la tumeur était de nature scrofuleuse, comme celle de M. Regnoli.

Du reste, pour arriver au même résultat, Vidal (de Cassis) avait proposé une grande aiguille droite montée sur un manche, et percée d'un chas à son extrémité. Le chas enfilé d'une longue anse de fil, on enfonce l'aiguille au-dessus de l'os hyoïde jusqu'à ce qu'elle ait traversé la langue sur la ligne médiane; alors, avec une pince à disséquer, on attire l'un des bouts de l'anse que l'on fait sortir par la bouche. L'aiguille est ramenée en bas jusqu'au-dessous de la langue, puis repoussée en haut sur le côté de l'organe. On saisit et l'on attire dans la bouche le deuxième bout du fil, en le dégageant de l'aiguille; celle-ci retirée, il reste une anse qui embrasse la moitié de la langue, et qu'on serre à l'intérieur de la bouche, sans avoir besoin d'entretenir la plaie du cou.

Enfin, pour éviter toute plaie de ce côté, Maingault a proposé de

passer l'aiguille sous la langue et de bas en haut à travers sa base dans la bouche même.

III. ÉCRASEMENT LINÉAIRE. — Le point principal est de mettre en place la chaîne métallique, après quoi on la fait jouer à l'ordinaire, suivant les règles établies (voy. p. 49).

Pour enlever la langue en totalité, on plonge au-dessus de l'os hyoïde et sur la ligne médiane une aiguille légèrement courbe, assez large pour frayer le passage à la chaîne, et qui vient sortir sur l'une des rainures latérales qui séparent les côtés de la langue du plancher de la bouche; elle entraîne à sa suite un fil solide et la chaîne attachée à ce fil; on reporte ensuite la même aiguille de l'autre côté de la langue, pour la plonger de haut en bas et la faire sortir au-dessous de l'os hyoïde par le point où elle était d'abord entrée; la langue se trouve ainsi étreinte dans une anse métallique, dont les deux bouts sortent par la plaie du cou, et qui doit servir à la diviser en travers. Ceci fait, on engage facilement par la bouche une autre anse, qui embrassera horizontalement tout ce qui reste des attaches de la langue au plancher buccal.

Pour l'ablation d'une moitié latérale, on fait relever la langue; à sa face inférieure, on plonge une aiguille qui devra ressortir en haut et en arrière sur la ligne médiane; et on dispose l'anse métallique de manière à diviser l'organe directement d'arrière en avant. Une autre aiguille, attaquant la langue par sa partie latérale et inférieure, est enfoncée de bas en haut pour sortir par le point d'émergence de la première, et conduit une nouvelle chaîne qui devra couper en travers la moitié suspecte de l'organe. Il n'y a plus alors à diviser que les attaches inférieures, ce qui s'accomplit aisément à l'aide d'une troisième chaîne métallique.

On comprend qu'une tumeur partielle de la langue serait attaquée de la même manière, comme avec les ligatures simples: il ne s'agit que de substituer à celles-ci la chaîne métallique.

Dans la première opération de ce genre faite par M. Chassaignac, la peur de l'hémorrhagie l'engagea à n'effectuer la section qu'au bout de quarante-huit heures. Depuis, M. Demarquay a fait une ablation partielle au moyen de deux sections, dont l'une a demandé vingt minutes et l'autre quinze.

Appréciation. — Il faut d'abord mettre à part la ligature *atrophique*, par le procédé de M. Mirault, qui n'a pas pour objet l'ablation de la tumeur, et qui, à mon avis, ne saurait être légitimement appliquée aux dégénérescences cancéreuses. Pour l'ablation proprement dite, les instruments tranchants agissent avec plus de précision

et de rapidité, et font une plaie plus nette et plus facile à cicatriser; mais ils laissent craindre les hémorrhagies, que l'on prévient d'ailleurs par la ligature préalable des artères linguales. La ligature en masse est incertaine dans son action; si les tissus sont mous, elle peut les étrangler et en amener la gangrène en vingt-quatre heures; s'ils sont durs, quelquefois six ou huit jours ne suffisent pas pour les couper; et si le fil vient à se rompre, c'est une opération à recommencer. Mais les plus graves inconvénients sont d'abord le gonflement, quelquefois énorme, des parties étranglées; puis et surtout la gangrène, qui tend à empoisonner le malade, non pas seulement par l'odeur putride, mais par la dissolution des liquides dans la salive qu'il est forcé d'avalier. Sans doute on pourrait, comme M. Regnoli, enlever immédiatement toutes les parties situées au-devant de la ligature, ou bien encore les exciser dès qu'elles sont tombées en gangrène; mais on en laisse toujours une certaine quantité; et au total, la ligature me paraît ici bien inférieure au bistouri. Quant à l'écrasement linéaire, il prévient assez sûrement l'hémorrhagie, principal avantage de la ligature, et il enlève immédiatement les parties malades, principal avantage de l'excision. Mais il accroît la perte de substance au delà de ce qui est nécessaire; il est impuissant quand le cancer débordé les limites de la langue; et enfin ses avantages ne sont pas attestés par une expérience suffisante. L'excision demeure donc jusqu'à présent la méthode générale, et les deux autres doivent être réservées seulement à quelques cas particuliers.

Art. V. — Opérations qui se pratiquent sur les amygdales.

4° Excision des amygdales.

Il faut se rappeler que les amygdales sont en contact par leur face externe avec la carotide interne; mais l'instrument en restera toujours assez éloigné pour prévenir toute crainte, pourvu que la lame agisse parallèlement à la paroi externe de la bouche.

Procédé ordinaire. — Le malade est assis en face du jour. Le chirurgien accroche l'amygdale avec des pinces de Museux, la dégage d'entre les piliers par un mouvement de traction modéré; et tenant ces pinces de la main gauche, prend de l'autre main un bistouri droit, étroit, boutonné, et garni de linge jusqu'à 3 centimètres de son extrémité. Il conduit ce bistouri entre l'épigne et la langue sous la base de l'amygdale jusqu'au delà de sa face postérieure,

tourne alors le tranchant en haut, et coupe en plein dans la glande par des mouvements de scie, en agissant parallèlement à la paroi externe de la bouche, et de manière à détacher d'un seul temps toute la portion excédante de la tumeur. On retire ensemble le bistouri et les pinces de Museux, avec la masse excisée entre leurs griffes.

Quelques chirurgiens veulent que l'incision soit faite de haut en bas, pour éviter de blesser le voile du palais. Richter, craignant d'autre part pour la langue, incisait d'abord de haut en bas, puis de bas en haut, et finissait par la partie moyenne. Tant de précaution n'est pas nécessaire; et l'incision de bas en haut, n'ayant guère d'autre avantage que de ne pas masquer les parties avec le sang qui s'écoule, peut très bien être remplacée par l'incision de haut en bas. On a recommandé de maintenir la bouche ouverte avec un bouchon placé entre les dents du côté sain; de faire abaisser la langue avec une spatule par un aide, qui doit en même temps attirer la commissure des lèvres en dehors. Tout cela est à peu près inutile chez les sujets dociles; pour les autres, on fera bien de recourir au procédé suivant, qui d'ailleurs est toujours supérieur au procédé ordinaire.

Procédé de Fahnestock. — Il se sert d'un instrument spécial, espèce de guillotine dans laquelle on engage l'amygdale, qui y est retenue par une flèche simple ou double qui la traverse, et coupée ensuite en faisant mouvoir une lame circulaire par une simple traction.

On commence par choisir un instrument approprié au volume de l'amygdale à enlever. La bouche étant ouverte, on applique la fenêtre de l'instrument sur le pourtour de l'amygdale, de manière à la faire saillir au travers; on pousse la tige qui supporte la flèche de manière à traverser la tumeur de part en part; on écarte la flèche pour attirer de plus en plus l'amygdale à travers la fenêtre; et alors, fixant solidement la fenêtre en place, on tire brusquement et avec force la lame circulaire, et l'amygdale est enlevée d'un seul coup.

Si les deux amygdales sont hypertrophiées, on peut les enlever dans la même séance; et même, chez les enfants, il y a un grand avantage à les saisir chacune avec un instrument à part, avant de procéder à la section.

L'excision des amygdales donne très rarement lieu à une hémorrhagie; et pour ma part, je ne l'ai jamais vue. Lorsqu'elle devient alarmante, M. Chassaignac a arrêté l'écoulement du sang en por-