

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-

tant sur la plaie un morceau de glace à l'aide des pinces de Museux; M. Guersant a appliqué avec succès le cautère actuel; Gensoul a réussi en faisant exercer 30 à 40 minutes la compression sur la carotide correspondante ou sur les deux carotides. Enfin M. F. Hatin a eu recours à la compression sur l'amygdale même. Il prit de longues pinces droites à polype, 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 tampons 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.

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.

#### 2° *Abcès des amygdales.*

L'ouverture de ces abcès se fait avec un bistouri droit aigu, enveloppé de linge jusqu'à 42 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.

### Art. VI. — Opérations qui se pratiquent sur le palais.

#### 1° *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 torsion, qui ne la laisseraient point échapper.

#### 2° *Des tumeurs glandulaires du voile du palais.*

Je donne ce nom à des tumeurs dures, pesantes, 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 M. Nélaton qui le premier a eu l'occasion d'étudier et d'opérer ces tumeurs.

*Procédé de M. 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.

#### 3° *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 nasopharyngien. Mais la division peut aussi être 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 *staphyloraphie*. Mais M. J. Cloquet a aussi essayé la *cautérisation*; et je commencerai par en dire quelques mots.

1° *Cautérisation. Procédé de M. 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