

qu'ont agi J. Cloquet, Mirault, J. Arnott et Vidal. Dans un cas où le cancer occupait la moitié droite de la langue, J. Cloquet fit d'abord une incision de 3 centimètres de long sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne; une aiguille courbe à manche, fenestrée près de la pointe, fut portée par la plaie, et traversa la langue dans la portion la plus reculée. En dirigeant l'instrument en avant, on le fit saillir entre les arcades dentaires; deux ligatures furent alors passées dans le chas de l'aiguille, qu'on retira par la plaie sus-hyoïdienne. A ce moment de l'opération, deux chefs de la double ligature pendaient donc hors de la bouche, deux autres par la plaie du cou. Alors on introduisit de nouveau l'aiguille à travers la plaie sus-hyoïdienne, et on la fit sortir sous le frein de la langue; on y passa les extrémités buccales des ligatures, et on ramena ces chefs par la plaie du cou. Des deux anses de fil placées ainsi sur la face supérieure de la langue, l'une fut dirigée *transversalement*, de façon à embrasser *transversalement* l'une des moitiés de la base, tandis que l'autre anse embrassa l'organe *d'avant en arrière*, après l'avoir engagée dans une incision pratiquée préalablement sur la pointe de la langue. Les fils de chaque anse, pendants au-devant du cou, furent réunis de façon à exercer une constriction graduelle au moyen d'un serre-nœud.

Le procédé de Vidal (de Cassis) diffère de celui de J. Cloquet en ce que l'incision de la région sus-hyoïdienne est supprimée. S'il ne faut lier qu'une *des moitiés de la langue*, on passe dans l'œil d'une aiguille en fer de lance, montée sur un manche, un seul fil très-fort. On enfonce cette aiguille au-dessus de l'os hyoïde, et on traverse la langue, tirée hors de la bouche, de bas en haut, le plus près possible de sa base. La lance paraît dans le fond de la bouche avec une anse de fil dont les bouts pendent au-devant du cou. On saisit le manche de l'aiguille avec la main gauche, et au moyen d'une pince, tenue de la main droite, on saisit l'un des chefs de l'anse pour l'attirer par la bouche et le confier à un aide. On tire la lance à soi, comme pour la ramener par la région sus-hyoïdienne; dès que la pointe est arrivée au-dessous de la langue, on la pousse en haut et en dehors pour la faire paraître en dehors du bord de la langue. Alors on dégage avec une pince le chef *cervical* du fil que l'aiguille avait entraîné vers l'arrière-gorge; on retire l'aiguille par la région sus-hyoïdienne, puis on lie ensemble les deux bouts du fil ou on les passe dans un serre-nœud.

Si le cancer occupe *toute la langue*, on pratique une double ligature pour étreindre les deux moitiés de la base de la langue. Pour cela, Vidal passe dans l'œil de l'aiguille en fer de lance deux fils, l'un *noir*, l'autre *blanc*. Après avoir enfoncé l'aiguille par la région sus-hyoïdienne, on la fait saillir dans la bouche au milieu de la base de la langue. On dégage avec des pinces les deux bouts du fil, qu'on tire hors de la bouche pour les confier à un aide. Retirant alors l'aiguille, on reporte celle-ci de façon à la faire sortir sur l'un des côtés de la langue et on dégage l'un des fils, le *blanc* par exemple. On retire de nouveau l'aiguille pour la reporter sur l'autre côté de la langue et on dégage l'autre fil, le *noir*. On a ainsi deux anses dont on serre les chefs de *même couleur* pour éviter toute confusion.

III. **Ecrasement linéaire.** Il a été question précédemment (t. I, p. 201) de la méthode en général. Pour l'amputation de la langue, on s'y prend de la façon suivante: après avoir attiré la langue au dehors au moyen de pinces de Museux (PP, fig. 206), on traverse avec une longue aiguille armée d'un fil auquel est attachée la chaîne d'un écraseur (E) le milieu de la région sus-hyoïdienne pour arriver dans une des rainures latérales du plancher buccal. Avec la même aiguille on ponctionne de haut en bas le plancher de la bouche, sur le côté opposé au premier point de sortie, et on fait reparaitre l'aiguille par l'ouverture de la région sus-hyoïdienne. L'aiguille entraînant le fil et la chaîne de l'écraseur, on forme ainsi, autour de la base de la langue, une anse métallique qu'on rétrécit par le mécanisme propre à l'écraseur, et on sectionne ainsi toutes les attaches postérieures de la langue. Pour diviser les attaches de la langue au plancher buccal, on embrasse ces attaches dans la chaînette d'un second écraseur (E').

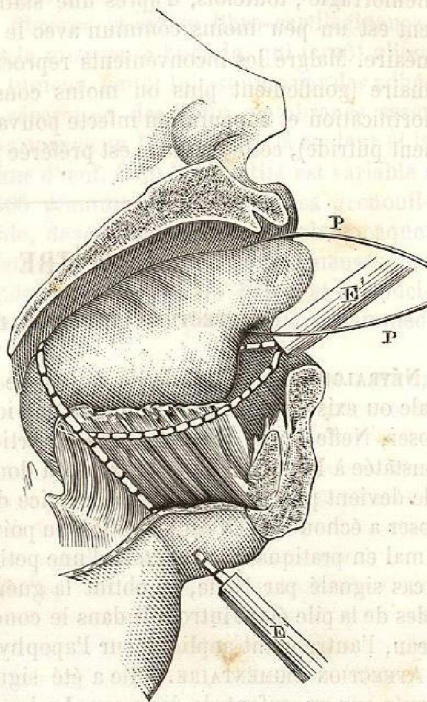


Fig. 206.

IV. **Cautérisation en flèches.** Pratiquée au siècle dernier par Girouard, remise en honneur de nos jours par Maisonneuve. On se sert de *flèches* faites avec de la pâte de Canquoin assez ferme pour ne pas se plier quand on enfonce ces lanières de caustique au milieu des tissus. On commence par porter la pointe d'un bistouri dans l'épaisseur de la langue, en arrière de la dégénérescence cancéreuse; l'instrument ayant été retiré, on introduit dans le trajet sanglant une flèche caustique. On réitère cette manœuvre autant de fois que cela est nécessaire pour cerner le mal; la partie antérieure de la langue, privée, par l'action du caustique de Canquoin, de toute communication vasculaire, se mortifie et est éliminée.

V. **Galvano-caustique.** Nous l'avons mentionnée tome I, page 203. Cette méthode trouve des applications dans certains cancers de la langue. On emploie alors, de préférence aux galvano-cautères, l'*anse coupante* formée par un fil de platine passé à travers deux tubes métalliques et bons conducteurs, isolés l'un de l'autre.

Appréciation. L'amputation par l'instrument tranchant expose à des

hémorragies graves, difficiles à arrêter; c'est pour ce motif que quelques chirurgiens réservent la méthode pour l'amputation partielle. La cautérisation en flèches a les mêmes inconvénients que la ligature; on lui reproche encore d'exposer le malade à être soumis à l'intoxication produite par le chlorure de zinc. La galvano-caustique ne met pas non plus à l'abri de l'hémorragie; toutefois, d'après une statistique due à Otto Just, cet accident est un peu moins commun avec le fil électrique qu'avec l'écraseur linéaire. Malgré les inconvénients reprochés à la ligature progressive ordinaire (gonflement plus ou moins considérable des parties étranglées, mortification et suppuration infecte pouvant donner lieu à un empoisonnement putride), cette méthode est préférée par quelques chirurgiens.

CHAPITRE VIII.

AFFECTIONS DIVERSES DE LA LANGUE.

NÉURALGIE. La névralgie de la langue coïncide avec la paralysie trifaciale ou existe seule; il ne sera question ici que de cette dernière. Brewer, Roser, Neffe, l'ont observée dans la partie postérieure de l'organe; je l'ai constatée à la pointe de la langue. La douleur peut être continue, et alors elle devient plus vive pendant l'exercice de la parole et de la mastication. Roser a échoué par la cautérisation du point douloureux, et réussit à guérir le mal en pratiquant la *resection* d'une petite portion du nerf lingual. Dans le cas signalé par Neffe, on obtint la guérison par la faradisation, un des pôles de la pile étant introduit dans le conduit auditif préalablement rempli d'eau, l'autre étant appliqué sur l'apophyse mastoïde.

AFFECTION PIGMENTAIRE. Elle a été signalée par Eulenberg, qui l'a observée sur un enfant de deux ans. La langue était revêtue du sommet à la base d'une couche épaisse parfaitement noire. En examinant cette substance au microscope, on la trouva composée de nombreuses cellules épithéliales très-épaisses et colorées en brun; sur les bords des cellules se trouvaient de nombreux corpuscules pigmentaires. Cette affection guérit par l'usage de l'eau chlorurée.

CHAPITRE IX.

DE LA GRENOUILLETTE.

La grenouillette est un kyste situé au niveau du plancher buccal, au-dessous et en avant de la langue. La dénomination de *grenouillette* est empruntée à la ressemblance qu'on a cru trouver entre cette affection et les goîtres aériens de la grenouille.

Anatomie pathologique. De même que dans toute espèce de kyste, il faut considérer dans la grenouillette une poche et les produits renfermés dans celle-ci. La *poche* présente un volume variable; ainsi que nous le verrons ultérieurement; la forme en est généralement arrondie ou ovoïde, et dans quelques cas un sillon médian lui donne une apparence bilobée. Les parois en sont minces, excepté dans quelques grenouillettes anciennes, où elles prennent une consistance fibreuse et même fibro-cartilagineuse. Sur la face supérieure du kyste est la muqueuse buccale, qui tantôt glisse facilement sur la paroi propre de la tumeur, tantôt lui est unie par des adhérences moins lâches rendant la séparation des deux membranes assez difficile. Dans l'intérieur du kyste on trouve un liquide dont la couleur et la consistance rappellent celles du blanc d'œuf, dont la quantité est variable: on cite des cas où il y en avait 500 grammes. Dans quelques grenouillettes, on trouve mélangé au liquide, devenu alors plus ou moins opaque, des produits solides de diverse nature: des parcelles sablonneuses, des graviers ou même des *calculs* formés de phosphate de chaux et de mucilage animal, une substance plâtreuse. Lorsque la poche a été enflammée, elle contient une certaine quantité de pus.

Symptômes. La grenouillette se présente sous la forme d'une tumeur située au niveau du plancher buccal, au-dessous de la partie antérieure de la langue, à côté du frein de cet organe. Cette tumeur, d'un volume variable, est aplatie, arrondie ou oblongue et parfois bilobée; elle est bien circonscrite, rénitente, élastique, de couleur blanche-bleuâtre et le plus souvent un peu transparente. Elle n'est le siège d'aucune douleur et n'attire l'attention du malade que lorsqu'elle a pris un certain accroissement.

Abandonnée à sa marche naturelle, elle augmente graduellement de volume et peut arriver à des proportions considérables. Elle se porte en divers sens, mais surtout en bas du côté de la *région sus-hyoïdienne*, où elle vient former une saillie plus ou moins considérable. Quelquefois elle proémine du côté de l'arcade dentaire, et sous l'influence de la pression incessante qu'elle exerce sur le maxillaire inférieur, elle refoule les dents et détruit même le tissu osseux dans lequel ces parties sont implantées. Bien plus rarement, la tumeur, ayant pris un accroissement notable, se porte du côté du pharynx et met obstacle à la déglutition et même au passage de l'air à travers l'orifice supérieur du larynx. Tant que la grenouillette ne dépasse pas le volume d'une noisette, elle n'apporte que peu de troubles à l'exercice des fonctions, et la parole elle-même n'est nullement gênée.

Quelques grenouillettes ont une évolution rapide; elles atteignent en quelques heures le volume d'une petite noix et disparaissent parfois spontanément. On s'est demandé si ces sortes de tumeurs sont bien des kystes, et s'il n'est pas plus rationnel de les rapporter à un *œdème aigu* du plancher buccal.

Causes. Nature de la maladie. La grenouillette a tous les caractères d'une tumeur enkystée. Sur ce point, tous les chirurgiens sont d'accord; ils diffèrent d'opinion quand il s'agit de préciser l'origine du kyste. Dans la région où celui-ci se développe, il existe un certain nombre d'organes