

et surtout pour les cautérisations qui, en activant la marche du cancer, vont directement contre le but qu'on se propose.

a. *Traitement palliatif.* — Calmer les douleurs du malade, parer aux inconvénients qui résultent pour lui de l'ulcération de la tumeur, des hémorrhagies, de la difficulté de la déglutition, telles sont les indications que comporte le traitement palliatif.

Les calmants à l'intérieur, les gargarismes à la fois émollients et narcotiques, l'usage du chlorate de potasse, qui, en diminuant l'inflammation de la muqueuse buccale, peut soulager les douleurs, sont les moyens principaux dont se compose le traitement palliatif. En 1850, le docteur Hilton eut l'idée, pour calmer les douleurs du cancer de la langue, de sectionner le nerf lingual; le malade fut momentanément soulagé. Pratiquée cinq fois depuis lors, cette opération a donné des résultats assez avantageux. On pourrait donc y recourir, d'autant plus qu'elle ne présente pas de difficultés. Contre l'ichor fétide qui s'échappe des ulcérations, on aura recours aux gargarismes antiseptiques avec l'acide phénique, les acides borique ou salicylique. Désinfecter soigneusement l'ulcération est souvent le meilleur moyen de mettre le malade à l'abri de l'hémorrhagie. Si celle-ci survient, une compression légère avec un petit tampon imbibé d'un liquide astringent, eau de Pagliari, perchlorure de fer, l'emploi de la glace, suffiront dans un très grand nombre de cas. S'il en était autrement, il faudrait recourir à la ligature de l'artère linguale. Cette dernière ligature a été conseillée dans un tout autre but par Harvey, et pratiquée par divers chirurgiens, au nombre desquels on peut citer Broca et Demarquay. On se propose en effet, en arrêtant la circulation dans la langue, d'amener l'atrophie de la tumeur. Dans plusieurs cas, les résultats ont été assez avantageux; on a pu constater une diminution sensible du volume de la tumeur, et un amendement des troubles fonctionnels. Mais ce moyen ne peut amener une guérison complète du cancer; aussi l'avons-nous placé dans le traitement palliatif. Enfin, dans certains cas d'épithélioma profond, se rapprochant beaucoup de l'épiglotte et de l'isthme du gosier, la déglutition devient si difficile que le malade est menacé de mourir de faim. Il est dès lors indispensable de le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne.

b. *Traitement curatif.* — Celui-ci ne devra être entrepris que si l'épithélioma est assez limité pour qu'on ait l'espérance de dé-

passer très largement les limites du mal. Deux cas peuvent se présenter : Ou bien le cancer est tout à fait au début et parfaitement circonscrit; il siège en un point facilement accessible de la langue. On peut opérer alors par la bouche, en attirant la langue en avant, et enlevant la partie de l'organe malade, soit avec le bistouri ou le thermo-cautère, soit avec l'écraseur, le galvano-cautère, ou encore par la ligature élastique. La tumeur, au contraire, est-elle plus ou moins diffuse, s'étend-elle au loin vers la base de la langue, y a-t-il déjà des ganglions envahis, il est nécessaire d'avoir recours à une opération préliminaire pour pouvoir attirer aisément la langue hors de la bouche, voir clairement ce qu'on fait, et pratiquer du même coup la ligature de l'artère linguale, l'extirpation de la langue et des ganglions. De très nombreux procédés opératoires ont été imaginés dans ce but; nous ne pouvons les décrire ici; nous renvoyons pour leur étude aux traités de médecine opératoire. Nous nous contenterons de rappeler que Sédillot a conseillé la section du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, que Billroth et Regnoli ont fait, dans la région sus-hyoïdienne, une incision parallèle à la mâchoire inférieure, et allant du bord antérieur d'un masséter à l'autre; que MM. Kocher et Verneuil adoptent une incision latérale allant de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire. Chacun de ces différents procédés pourra trouver son application suivant les cas particuliers.

IV

VICES DE CONFORMATION.

1° ABSENCE DE LA LANGUE.

La langue peut manquer complètement ou partiellement. Tantôt cette absence de la langue est congénitale, tantôt elle est accidentelle ou acquise. Dans l'absence congénitale de la langue, il existe presque toujours sur le plancher de la bouche un petit mamelon, représentant la base de l'organe, comme dans le cas rapporté par Jussieu en 1748. M. Bouisson fait remarquer que les auteurs ne parlent pas de la manière dont s'effectue la succion chez les enfants atteints de

ce vice de conformation. Il est probable toutefois qu'elle est très difficile, sinon même complètement impossible. Dans l'âge adulte, il existe une gêne plus ou moins marquée de la déglutition, de l'expiration et de la phonation.

L'absence accidentelle de la langue tient à la destruction de cet organe par des plaies, des ulcérations, et aussi aux opérations chirurgicales. Il est à noter que, dans ce dernier cas, la gêne tenant à l'absence de la langue, est assez souvent passagère. On voit, au bout de quelque temps, la déglutition et la phonation se faire avec une assez grande facilité.

2° BIFIDITÉ DE LA LANGUE.

Normale dans certaines espèces animales, la bifidité de la langue constitue chez l'homme une anomalie fort rare, qui se lie le plus souvent à d'autres vices de conformation. Pigné a rapporté un cas de bifidité de la langue chez un monstre qui avait quatre membres abdominaux et diverses lésions incompatibles avec la vie. Parise a vu la bifidité de la langue coïncider avec une division du maxillaire inférieur.

Ce défaut de conformation pourrait également être acquis, dans les cas où une plaie profonde de la langue n'ayant pas été réunie par la suture, il en résulterait une fente gênant les fonctions de la phonation et de la mastication. L'indication consisterait, en pareil cas, à aviver les deux lèvres de la solution de continuité et à les réunir par la suture.

3° ANKYLOGLOSSE.

Sous le nom d'ankyloglosse, on comprend toute adhérence anormale, congénitale ou acquise, tenant la langue fixée en un point de la cavité buccale. Suivant que l'adhérence existe sur la ligne médiane inférieure ou sur tout autre point de la face inférieure, sur les parties latérales ou sur la face supérieure de l'organe, M. Bouisson décrit quatre variétés d'ankyloglosse. A cette description nous préférons celle adoptée par M. Duplay, et dans laquelle l'ankyloglosse est divisé seulement en deux classes, suivant qu'il est accidentel ou congénital.

a. Ankyloglosse accidentel. — La mobilité de la langue rend assez rare la production d'adhérences entre elle et les parties voisines. On peut cependant l'observer comme conséquence d'une plaie, d'une glossite, d'une stomatite ulcéreuse. Tantôt les adhérences siègent sur la face inférieure de la langue, unissant cet organe au plancher de la bouche, tantôt elles occupent les parties latérales et se font, soit au niveau des gencives, soit au niveau des joues. Dans une observation fort intéressante rapportée par Sédillot, l'ankyloglosse fut créée par le chirurgien lui-même. Une plaie par arme à feu de la région sus-hyoïdienne avait amené une telle tuméfaction de la langue que le malade était menacé de suffocation. Pour éviter ce danger, la langue fut attirée au dehors à travers la plaie de la région sus-hyoïdienne; mais elle y contracta des adhérences, et le malade guérit avec cette hernie de la langue, qu'on fut obligé de traiter plus tard par la dissection des adhérences et la suture de la plaie sus-hyoïdienne.

En général, les adhérences accidentelles sont assez lâches pour qu'on puisse passer au-dessous d'elles une sonde cannelée et en pratiquer aisément la section.

b. Ankyloglosse congénital. — L'adhérence congénitale de la langue peut se produire, soit avec la voûte palatine, soit avec le plancher de la bouche. L'adhérence avec la voûte palatine, ou ankyloglosse supérieur, est extrêmement rare. Elle consiste dans l'application exacte de la langue contre le palais, auquel elle est reliée par des adhérences assez molles pour qu'on puisse aisément les détruire, soit avec le doigt, soit avec le manche d'une spatule.

Les adhérences au niveau de la face inférieure peuvent exister dans tous les points de cette face, ou seulement sur la ligne médiane dans le point répondant au frein de la langue. Un cas d'adhérence complète de la langue au plancher de la bouche est rapporté par M. Bouisson. La langue semblait enclavée dans une dépression du plancher buccal. « Ce vice de conformation, dit M. Bouisson, empêche la succion et l'allaitement naturel; il peut même gêner beaucoup la déglutition, et, si l'on n'y remédie, l'enfant est exposé à périr d'asphyxie par le passage des liquides dans le larynx et la trachée. » Sernin (de Narbonne) a observé un cas semblable, dans lequel la langue était fixée dans toute sa largeur, à la mâchoire inférieure, n'ayant de libre, de l'adhérence au bout de la pointe,

qu'environ deux lignes de longueur. Les adhérences anormales purent aisément être détruites avec le bistouri. Il n'y eut pas d'hémorragie. Enfin, en 1885, M. Duplouy (de Rochefort) a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une petite fille de deux mois et demi qui, en même temps qu'une ectromélie de la main droite, présentait une adhérence totale de la langue au plancher de la bouche. La succion étant impossible, la nutrition de l'enfant ne se faisait qu'avec la plus grande difficulté. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Trélat rappela qu'il avait pu, dans un cas analogue, libérer la langue en incisant ses adhérences sur les parties latérales et les détruisant ensuite avec la sonde cannelée. Dans un autre cas, M. Lucas Championnière s'est contenté de libérer seulement la pointe de l'organe, de façon à rendre possible la succion.

Si les faits d'adhérence totale de la langue au plancher de la bouche sont exceptionnels, il n'en est pas de même de ceux dans lesquels il y a adhérence sur la ligne médiane, constituant la difformité connue sous le nom de brièveté du filet. Tantôt la langue est accolée au plancher de la bouche par le frein ou filet qui se prolonge jusqu'à son extrémité; tantôt le filet ne se prolonge pas aussi loin en avant, mais il est trop court. Le résultat de cette difformité, c'est l'impossibilité pour l'enfant d'attirer la pointe de la langue au-devant de l'arcade alvéolaire. Il en résulte une gêne dans la succion et dans la déglutition, et, plus tard, dans l'articulation des sons.

On remédie à ces inconvénients par la section du filet. La face inférieure de la langue est portée en haut et en arrière par la plaque de la sonde cannelée, dont la fente loge le filet qu'il s'agit de sectionner. À l'aide de ciseaux mousses dont la pointe est tournée en bas, le filet est sectionné dans une étendue de 3 à 4 millimètres. Cette petite opération, très simple en général, a pu cependant parfois donner naissance à des complications. La section des artères et des veines ranines a déterminé des hémorragies qui sont entretenues par des mouvements de succion exercés par l'enfant, et qui, dans un cas cité par Bouisson, ont entraîné la mort. La cautérisation du vaisseau avec le crayon de nitrate d'argent ou avec le fer rouge serait le meilleur moyen à employer en pareil cas.

Un autre accident de la section du filet, c'est le renversement de la langue vers le pharynx, sur lequel a insisté J.-L. Petit. Il en avait

observé trois exemples, et dans l'un d'eux, la mort survint par asphyxie. La cause de cet accident serait dans les efforts de succion exercés par l'enfant. En pareil cas, il faudrait se hâter de porter le doigt dans la bouche et de ramener la langue en avant pour éviter la suffocation.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Constituant la limite entre la cavité buccale et la région cervicale, le plancher de la bouche est une région intermédiaire. Tout ce qui a trait aux lésions traumatiques et inflammatoires de cette région sera renvoyé à l'étude des maladies du cou. Nous traiterons seulement ici des maladies des glandes sous-maxillaire et sublinguale et de certaines tumeurs qui, comme les kystes hydatiques, les kystes dermoïdes et les lipomes, proéminent plutôt du côté du plancher de la bouche que vers la région sus-hyoïdienne.

1^o CORPS ÉTRANGERS DU CANAL DE WHARTON.

Les corps étrangers du canal de Wharton sont fort rares. Dans un mémoire publié par les *Archives de médecine* en 1874, le docteur Claudot n'en rapporte que trois exemples. L'un d'eux, appartenant à Robert, a trait à une soie de sanglier introduite dans le canal de Wharton. Dans un cas appartenant à Détery, un calcul s'était formé autour d'une arête de poisson. Enfin, dans le fait qui est personnel à l'auteur, il s'agit d'un épillet de graminées.

Il existe quelques autres exemples de cette lésion, mais ils sont fort rares : tel le cas de Vielle où il s'agissait d'un poil de brosse à dents, celui de Cumano où le corps étranger était représenté par un brin de paille.

Symptômes. — Dans un seul cas, celui de Détery, le moment précis du traumatisme est indiqué. Les accidents dus à l'introduction d'une arête de poisson débutèrent brusquement dans la nuit qui suivit un repas composé de truites. Le début est brusque, mar-