

II. — PAR LES VOIES ARTIFICIELLES.

1. — Après division oblique de la joue (Jæger et après lui Rizzoli, Maisonneuve, Wilms, Rose et autres).

2. — Après section du maxillaire inférieur (Roux, et après lui un grand nombre de chirurgiens français et anglais).

3. — Après incision du plancher de la bouche avec formation d'un lambeau sous-mentonnier (Regnoli, Billroth, Menzel, Erichsen et autres).

Dans tous ces cas, l'ablation proprement dite de la langue peut être faite à l'instrument tranchant, à l'écraseur ou au galvano-cautère.

L'écraseur ou le galvano-cautère peuvent encore être employés.

4. — Après incision sus-hyoïdienne (Cloquet, Nunneley, Harrison, Whitehead, Lücke, Ollier, etc.).

Nous reviendrons dans un moment sur quelques-uns de ces procédés. Mais auparavant nous tenons à faire quelques observations d'ordre général.

Le galvano-cautère ne s'est pas montré comme un hémostatique parfait. Sur 13 cas opérés de cette façon à la clinique de Bruns, l'hémorragie fut nulle dans 4 cas seulement ; dans 3 cas on a été obligé de lier plusieurs artères ; 2 fois on a observé des hémorragies secondaires et 4 fois il y eut des hémorragies primitives et secondaires.

Kocher est d'avis que le galvano-cautère garantit contre la diphtérie de la plaie et met plus sûrement à l'abri de la récurrence, car après la chute de l'eschare épaisse la cicatrisation s'effectue dans un tissu sain. Si le fait était vrai, si le galvano-cautère présentait réellement les avantages que lui attribue Kocher, on pourrait faire la ligature préalable des artères pour assurer l'hémostase, et ne se servir du galvano-cautère que pour la section de la langue. Seulement il faut savoir qu'avec le galvano-cautère on glisse souvent sur des parties malades croyant opérer dans des tissus sains. L'opération est incomparablement plus simple et plus facile avec le thermo-cautère de Paquelin. La seule précaution à prendre est de chauffer le couteau au rouge-sombre de façon à ce que les tissus carbonisés fument, et d'opérer très lentement.

L'écraseur a ses partisans et ses détracteurs. Les premiers soutiennent qu'avec l'écraseur l'opération est facile et la cicatrisation de la plaie parfaite et sans accidents. Les seconds lui reprochent de ne pas garantir contre les hémorragies, de dérapier souvent, de sorte qu'on n'est pas sûr d'opérer dans des tissus sains et de prolonger outre mesure la durée de l'opération. Et en effet, sur les 19 cas opérés de cette façon et qui se trouvent réunis dans un travail de Just, on a observé 10 hémorragies, dont 7 légères et 3 graves ayant nécessité des ligatures d'artères. Si l'on veut éviter les hémorragies, il faut opérer lentement ; avec l'écraseur à chaîne on ne doit serrer, d'après Rose, qu'un cran par minute. Pour éviter le dérapage de l'écraseur, Rose conseille de bien appliquer la chaîne contre la langue et de marcher vite tant que l'instrument ne s'est pas creusé un sillon dans les tissus. Somme toute, l'opération est facile quand on sait manœuvrer l'écraseur.

Aujourd'hui, avec les progrès accomplis dans la chirurgie opératoire, les interventions sanglantes sont devenues d'une façon générale plus faciles, c'est-à-dire que nous possédons actuellement un autre critérium pour juger si l'opération est grave ou non. Par conséquent la facilité d'opérer avec l'écraseur ne pèse pas beaucoup au point de vue de la valeur de l'instrument¹.

Quant à l'ostéotomie préalable ou la résection temporaire du maxillaire inférieur, le procédé de Roux, qui consiste à sectionner l'os sur la ligne médiane, ne présente pas d'avantages appréciables dans les carcinomes occupant la racine de la langue ou ayant envahi le plancher de la bouche ou la voûte palatine. Dans ces cas, on retire un avantage plus considérable de la section latérale du maxillaire d'après le procédé de Langenbeck et v. Bruns, ou de la résection temporaire d'une moitié de l'os, comme nous l'avons fait Billroth et moi.

Voici quelques détails sur les procédés que nous avons cités.

a) EXTIRPATION PAR LA BOUCHE. — Si le carcinome siège sur la partie antérieure de la langue, surtout s'il occupe les bords de l'organe, on passe un fil solide dans la moitié saine de l'organe et on attire la langue au dehors. Avec des ciseaux on incise le bord de la langue au milieu des tissus sains, loin du carcinome, et on suture les lèvres de la plaie sur le moignon qui doit rester. On donne un autre coup de ciseaux vers la ligne médiane, et on suture derechef les bords du moignon, et ainsi de suite. De sorte que lorsqu'on a sectionné le pont qui réunit la partie malade au moignon, la plaie est déjà suturée.

b) EXTIRPATION PAR LA BOUCHE APRÈS LIGATURE PRÉALABLE DE L'ARTÈRE. — On lie une seule ou les deux linguales. La bouche étant largement ouverte, on attire la langue au dehors avec une pince de Muzeux et à coups de ciseaux courbes, on enlève les parties malades. L'hémorragie du plancher de la bouche est arrêtée par la ligature. On extirpe ensuite par voie sus-hyoïdienne les ganglions lymphatiques qui se trouvent dans le plancher buccal, et l'on introduit un gros drain qu'on fixe solidement. Le soir la plaie est saupoudrée avec du permanganate de potasse cristallisé de façon à avoir une eschare sèche qui tombe du 3^e au 4^e jour ; en outre 3 ou 4 fois par jour la plaie est badigeonnée avec une solution concentrée de permanganate de potasse. Cela est le procédé de Billroth. Dans un cas, j'ai fait la ligature préalable, extirpé les ganglions lymphatiques et fermé les bords de la plaie, le plancher de la bouche m'ayant paru intact ; j'ai enlevé ensuite la moitié de la langue et cautérisé au thermo-cautère la plaie que j'ai encore badigeonnée avec du chlorure de zinc.

c) INCISION SUS-HYOÏDIENNE ; SECTION DE LA LANGUE AVEC L'ÉCRASEUR INTRODUIT PAR

(1) Depuis qu'on sait employer les antiseptiques et que, d'autre part, la forcipressure met à l'abri de l'hémorragie immédiate, l'instrument tranchant est le meilleur. Quand on s'attaque à la base de la langue, les morts par pneumonie ne sont pas rares, des parcelles septiques, que contient toujours la bouche, passant dans les voies aériennes. Il semble qu'on évite, en partie au moins, cette complication, en pratiquant la trachéotomie préliminaire. De la sorte, le malade étant nourri par une sonde nasale fixée à demeure, on peut tamponner à la gaze iodiformée la cavité bucco-pharyngienne dont on assure ainsi la désinfection. Mais cette conduite sera réservée aux opérations très étendues. (A. B.)

L'INCISION. — Sur la ligne médiane, au niveau de la région sus-hyoïdienne, on fait une incision longue de $1/4$ à $1/3$ de pouce. On divise sur la ligne médiane le muscle mylo-hyoïdien, et on repousse de chaque côté les muscles géni-hyoïdiens et génioglosse. Avec l'aiguille de Liston on passe, à droite et à gauche du plancher de la bouche, une anse qui traverse la muqueuse au niveau de la dernière molaire. L'écraseur est conduit sur cette anse et placé de façon à étreindre la racine de la langue. Le pont qui reste entre la moitié postérieure de la langue et le plancher de la bouche, est sectionné par une seconde application de l'écraseur (procédé de Barwell).

d) FORMATION D'UN LAMBEAU SOUS-MENTONNIER. — Regnoli fit au niveau de la région sus-hyoïdienne une longue incision oblique de laquelle il fit partir une autre incision longitudinale. Il sépara ensuite toutes les parties molles qui s'insèrent sur la face interne du maxillaire inférieur, et sectionna la langue après l'avoir attirée au dehors à travers la plaie. Billroth modifia ce procédé de la façon suivante. On fait partir le long du bord inférieur du maxillaire une incision de 5 à 6 centimètres dont le milieu correspond au milieu du menton, et qui pénètre directement jusqu'à l'os. De chaque côté de cette incision on trace deux incisions verticales légèrement divergentes, longues de 3 centimètres et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. A travers la première incision on décolle le périoste de la face interne du maxillaire, on coupe les insertions des muscles au niveau des apophyses geni; en décollant la muqueuse gingivale on ouvre la cavité de la bouche dans laquelle pénètrent ainsi les deux incisions latérales, et on attire la langue au dehors. Pour réduire l'hémorrhagie au minimum, on peut faire, à travers la plaie, la ligature des linguales. Les ganglions infiltrés sont aussi très faciles à extirper par la plaie. L'opération terminée, on suture les lèvres de l'incision transversale et celles des parties antérieures des incisions latérales; les angles inférieurs suturés des deux incisions latérales assurent l'écoulement des sécrétions.

e) SECTION OBLIQUE DU MAXILLAIRE D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE LANGENBECK. — « On commence par une incision qui se dirige de la commissure labiale vers l'os hyoïde. Jusqu'au bord inférieur du maxillaire, l'incision est profonde et divise toutes les parties molles; dans le reste de son étendue elle ne comprend que la peau. Cette incision doit rencontrer l'os hyoïde juste au niveau de l'insertion du muscle digastrique. On arrache ensuite la canine ou la première molaire et, après avoir décollé à ce niveau les parties molles de la face interne de l'os, on divise le maxillaire avec une scie, à la hauteur de la dent arrachée, obliquement d'arrière en avant et de haut en bas. Cette section oblique a l'avantage de former sur le petit fragment un coin qui s'oppose au déplacement des fragments sous l'influence des contractions du masséter. On écarte ensuite les deux fragments à l'aide de deux crochets introduits dans le canal médullaire de chacun.

Avant de s'attaquer encore à la langue on lie l'artère linguale, ce qui se fait très facilement; on extirpe les ganglions lymphatiques, on sectionne les muscles du plancher de la bouche et la muqueuse, et ce n'est qu'après avoir enlevé toutes les parties malades, qu'on aborde enfin la langue. On l'attire à travers la plaie avec un fil solide traversant l'organe et on la sectionne plus ou moins loin du carcinome, mais toujours de façon à ce que la surface de section soit séparée des parties malades par plusieurs centimètres de tissus sains.

A ce moment on peut très facilement enlever, au besoin, les piliers, les amygdales et toutes les parties malades de la cavité buccale, jusqu'à l'épiglotte. L'extirpation de la langue terminée, on fixe les fragments avec une pointe d'ivoire

introduite dans le canal médullaire et on les réunit à l'aide d'une suture. Les bords de la plaie sont réunis avec un fil de soie, mais la suture s'arrête au niveau de l'angle inférieur de la plaie où on passe un drain qui ressort au niveau de la commissure labiale et est fixé sur le pavillon de l'oreille avec un fil solide. »

f) SECTION OBLIQUE DE LA JOUE A PARTIR DE LA COMMISSURE LABIALE JUSQU'À L'ANGLE DU MAXILLAIRE. — Dans les cas où le carcinome a envahi les parties postérieures de la cavité buccale, les piliers, les amygdales, le voile du palais, on se crée une voie très large en divisant les parties molles comprises entre la commissure buccale et l'angle du maxillaire inférieur, et en sectionnant dans la même direction l'os dont on écarte les deux fragments. Pour avoir un écartement suffisant des fragments, l'incision est prolongée au delà de l'angle du maxillaire, jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Avec cette incision, l'extirpation des ganglions lymphatiques ne présente aucune difficulté.

g) EXTIRPATION DE LA LANGUE Y COMPRIS LA BASE (PROCÉDÉ DE KOCHER). — On trace sur la ligne médiane une incision qui va du maxillaire à l'os hyoïde, et de là on en fait partir une autre qui va au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Une troisième tombe sur celle-ci, descendant du lobule de l'oreille le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. On dissèque le lambeau ainsi circonscrit, de bas en haut et on le relève, ou on le fixe à la joue par un point de suture. On pénètre de la sorte dans la fosse sous-maxillaire, on lie tous les vaisseaux qu'on rencontre y compris l'artère linguale et on extirpe les ganglions infiltrés et la glande sublinguale. On décolle la muqueuse du maxillaire inférieur et on divise les insertions du mylo-hyoïdien. On tombe alors sur la moitié malade de la langue qu'on extirpe très facilement.

Psoriasis de la langue. — Une affection très singulière de la langue a été étudiée par Bazin sous le nom de psoriasis de la langue; elle est désignée par d'autres auteurs sous les noms d'ichtyosis, de kératosis, de tylosis. Elle s'observe chez des hommes de 40 à 60 ans, principalement chez des fumeurs et est souvent le point de départ d'un cancer. Cette transformation fait penser à une action spéciale sur la muqueuse de la bouche des produits de distillation sèche des feuilles de tabac, action qui n'est pas sans analogie avec les causes du cancer des ramoneurs ou du cancer des ouvriers en paraffine. Au début on trouve sur la langue, la face interne des joues et des lèvres, plus rarement sur la voûte palatine et les gencives, de petites plaques proéminentes, blanches, indurées, des dimensions d'une lentille. Ces plaques, formées par des papilles tuméfiées, sont couvertes d'un épithélium mince qui plus tard s'épaissit et devient corné. Quelquefois les plaques sont dès le début très étendues. Dans les cas graves et avancés, la langue paraît couverte de masses cartilagineuses, jaune-blanchâtres et présente à sa surface des crevasses, des sillons. Elle est alors gênée dans ses mouvements, et souvent notablement tuméfiée par le fait de poussées fréquentes de glossite. Enfin dans certains cas on voit apparaître des ulcérations à bords indurés, ulcérations qui précèdent ordinairement le développement du cancer. Dans les cas graves, les plaques de psoria-

sis se transforment par places en nodules d'épithéliome. Nous sommes complètement désarmés contre ces plaques et les topiques irritants sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Sarcome. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas excessivement rare de sarcome de la langue chez une femme de 56 ans. La malade disait éprouver depuis un an des troubles de déglutition ; quant à la tumeur qui existait sur la base de la langue, elle ne s'en est aperçue que quelques mois après l'apparition de ces troubles. La tumeur s'est développée lentement et gênait bien plus la parole que la respiration.

La cavité buccale présentait un aspect singulier. L'isthme du gosier était occupé par une tumeur lisse et ronde qui montait de la base de la langue vers le voile du palais qu'elle cachait presque entièrement. J'ai vu une disposition analogue dans un cas de sarcome du maxillaire supérieur ayant traversé le voile du palais : la partie qui avait pénétré dans la bouche était comprimée et aplatie entre le dos de la langue et le voile du palais, et figurait ainsi comme une langue supplémentaire. — La disposition était la même chez la malade dont je parle ici : la langue et le palais étaient normaux, mais l'isthme du gosier était complètement obstrué par la tumeur qui s'insérait sur la base de la langue et cachait entièrement la paroi postérieure du pharynx. Sa consistance était dure, mais on trouvait par places des points ramollis. Sa base paraissait nettement délimitée du parenchyme de l'organe.

CHAPITRE XI

MALADIES DU PLANCHER BUCCAL.

Anatomie. — Si l'on considère le muscle mylo-hyoïdien comme le diaphragme de la bouche, on trouve que ce dernier divise le plancher de la bouche en deux régions : une inférieure, la région sus-hyoïdienne, située au-dessous du muscle mylo-hyoïdien et une supérieure la région buccale, située au-dessus. Cette dernière peut à son tour être divisée en deux parties : une antérieure, l'autre postérieure. La partie antérieure est formée : a) sur la ligne médiane et de bas en haut par les muscles génio-hyoïdien, mylo-hyoïdien et génio-glosse, ce dernier sous-jacent à la muqueuse ; b) de chaque côté : par la glande sublinguale située entre le mylo-hyoïdien et la muqueuse buccale ; un peu en arrière, par la partie de la glande sous-maxillaire qui est à cheval sur le bord postérieur du mylo-hyoïdien et qui, arrivée sous la muqueuse buccale, s'étend jusqu'à la glande sublinguale, par le canal de Wharton.

Dans la partie postérieure, à côté de la masse charnue formée par la langue, on trouve l'extrémité postérieure du génio-hyoïdien, l'hyo-glosse et le stylo-glosse. Le nerf lingual du trijumeau présente le trajet suivant. Après avoir quitté l'espace compris entre le ptérygoïdien interne et la branche du maxillaire inférieur, il suit la face externe du stylo-glosse, dans le voisinage du bord de la langue. Dans la région de la dernière molaire il est à 8 mm. du bord alvéolaire, recouvert seulement par la muqueuse et il peut même être aperçu quand on tend cette dernière. Après un très court trajet, il se divise en branches nombreuses, contourne le bord inférieur de la portion antérieure de la glande sublinguale, passe sous le canal de Wharton et pénètre dans la langue. La muqueuse de la cavité buccale, qui recouvre tous ces organes, forme sur la ligne médiane le frein de la langue, et latéralement, de chaque côté, deux replis qui se terminent tout près du frein de la langue, par une papille, la caroncule sublinguale ou *ostiolum ombilicale*. Les orifices des conduits excréteurs des deux glandes salivaires, situées sur le plancher de la bouche, présentent des rapports très variables. Le canal de Wharton s'ouvre toujours au niveau de la caroncule linguale ; quant à l'orifice du conduit excréteur de la glande sublinguale, sa disposition est très variable. Tantôt les lobules de la glande ne possèdent pas de conduit excréteur commun, et chacun d'eux s'ouvre isolément derrière la caroncule, d'où 8 à 12 conduits excréteurs fins, les conduits de Rivinus. Tantôt la glande possède un canal excréteur unique, le canal de Bartholin, qui s'ouvre soit dans la caroncule, soit dans le canal de Wharton. Enfin à côté des canaux de Rivinus, on trouve quelquefois un conduit excréteur commun pour les lobes postérieurs de la glande, conduit qui s'abouche avec le canal de Wharton. C'est au moins ce que disent les anatomistes, qui ne semblent pas très bien fixés sur tous ces points.

Grenouillette. — Sous le nom de grenouillette¹ on désigne une

(1) Ὑπογλωττίς ou ὑπογλωττίος βάρραχος des Grecs. Le nom singulier de « gre-
ALBERT-BROCA. I