

de la partie antérieure du maxillaire, on tente le rapprochement ou la suture des deux fragments. La langue, refoulée par le rétrécissement du plancher de la bouche, se porte en arrière et détermine des symptômes de suffocation qui disparaissent dès qu'on sépare les fragments.

Dans les résections partielles et latérales, les fragments tendent à se rapprocher; il en résulte une déformation plus ou moins considérable de la courbe parabolique de la mâchoire. Pour remédier à cet inconvénient, Nasmyth (d'Edimbourg) conseille de revêtir les dents supérieures et inférieures de chapeaux de métal. Ce moyen, regardé comme inutile par Heath, est jugé plus favorablement par Guyon, qui propose d'utiliser dans le même but les plaques moulées en gutta-percha de Morel-Lavallée.

La gravité de l'opération varie selon qu'il s'agit de la résection partielle non pénétrante, de la résection dans la continuité, de la désarticulation unilatérale et de l'extirpation totale; mais on peut dire, d'une manière générale, que la mort est rarement la conséquence de l'opération.

Sur un total de 486 cas, réunis par Weber, on compte, il est vrai, 87 morts; mais il faut remarquer que, sur ces 87 cas de terminaison fatale, l'opération avait été nécessitée 73 fois par des tumeurs malignes, ce qui réduit à 16 le chiffre de la mortalité pour les autres causes.

Les 486 cas se décomposent ainsi : résections non pénétrantes, 62, dont 4 morts (4 pour des tumeurs malignes); résections dans la continuité, 185, 46 morts, dont 36 pour tumeurs malignes; désarticulations unilatérales, 100, 36 morts, dont 33 pour tumeurs malignes; extirpation totale, 19, dont 1 mort.

De l'anesthésie dans la résection des maxillaires. — L'anesthésie, dans les cas de résection des maxillaires, présente un danger spécial, c'est la pénétration du sang dans les voies aériennes. Ce danger est assez grand pour que certains chirurgiens aient renoncé, en pareil cas, à faire bénéficier les malades de l'anesthésie, et pour que les autres se soient préoccupés de découvrir les moyens de prévenir cet accident. C'est ainsi que Nussbaum a proposé et pratiqué la trachéotomie préventive, et que Below a imaginé une canule-tampon qui oblitère l'entrée du larynx tout en permettant la libre circulation de l'air dans la trachée. A ces moyens peu pratiques ou qui compliquent l'opération principale, on doit préférer ceux aussi simples que faciles dont l'idée et l'application appartiennent au professeur Verneuil (1).

Empêcher la pénétration du sang soit dans la cavité buccale, soit dans la cavité pharyngienne, tel est le but à atteindre. Verneuil y parvient par des procédés différents, suivant qu'il s'agit de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure. Pour la mâchoire supérieure, il pratique le tamponnement postérieur des fosses nasales, et s'oppose ainsi au passage du sang dans le pharynx; pour prévenir son passage dans la bouche, il modifie le manuel opératoire de manière à n'ouvrir la cavité buccale,

(1) *Archives générales de médecine*, 1870, vol. II, p. 386.

à n'inciser la muqueuse qu'au dernier moment, lorsque le maxillaire, déjà séparé de ses attaches supérieures, ne tient plus que par l'apophyse ptérygoïde; le temps nécessaire pour terminer l'opération est alors assez court pour que le sang qui tombe dans la bouche ne puisse plus donner lieu à aucun accident.

C'est encore par un changement analogue apporté au manuel opératoire qu'il prévient l'introduction du sang dans la bouche, dans la résection du maxillaire inférieur. La muqueuse buccale n'est ouverte qu'après que les parties molles ont été décollées des deux faces du maxillaire dans toute l'étendue à réséquer; encore alors ne l'ouvre-t-il que dans l'étendue nécessaire au passage de la scie à chaîne au moyen du bec de la sonde cannelée. On opère ainsi sous le chloroforme avec une sécurité qui n'a rien à envier à celle que l'on a lorsqu'on opère dans les régions les moins dangereuses.

CHAPITRE XI

MALADIES DE LA LANGUE

Les affections chirurgicales de la langue ont sans doute attiré de tout temps l'attention des praticiens, cependant on peut dire que l'étude vraiment complète de ces affections est de date toute moderne. Malgré quelques travaux sur les maladies de la langue en général, la science ne possédait encore aucun ouvrage spécial sur la matière, lorsque Fairlie Clarke fit paraître en 1873 un *Traité des maladies de la langue*, dans lequel l'auteur a présenté d'une manière à peu près complète l'état de nos connaissances, en consignnant les résultats de son expérience et de sa pratique personnelle.

HEISTER, *De lingua sana et agra*. Altdorfii, 1716. — LASSUS, *De morbis linguæ*, thèse du Collège de chirurgie. Paris, 1765. — ANT. LOUIS, *Mémoire physiologique et pathologique sur la langue*, in *Mém. de l'Acad. de chir.*, Paris, 1774, t. V, p. 486. — BREIDENSTEIN, *De morbis linguæ*. Erlangæ, 1791. — RIONDEL, *Dissertation sur les maladies de la langue*, thèse de Montpellier, 1813. — LÉCUSSAN, *Dissertation sur les maladies de la langue*, thèse de Paris, 1849, n° 261. — EARLE, *On Diseases of the Tongue*, in *Med.-Chir. Trans.*, 1822, t. XII, p. 283. — JOHNSON, *Diseases of the Tongue*, in *Med.-Chir. Review*, 1843, t. XLIII, p. 537. — BEAUREGARD, *Des affections chirurgicales de la langue*, thèse de Strasbourg, 1847. — FAIRLIE CLARKE, *Treatise of the Diseases of the Tongue*. London, 1873. — PAUL HYBORD, *Des maladies chirurgicales de la langue* (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1873).

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA LANGUE.

Les lésions traumatiques de la langue sont assez rares, du moins en tant que lésions uniques et indépendantes de celles des organes voisins. Cette immunité relative s'explique très-bien, du reste, par la situation

de cet organe et par la protection que lui offrent les arcades dentaires. Nous traiterons d'abord des *plaies de la langue*, puis des *corps étrangers*.

4° Plaies.

Au point de vue étiologique, on peut diviser les plaies de la langue en plaies par instruments *piquants*, *tranchants* ou *contondants*. Celles qui sont produites par des armes à feu se rattachent à cette dernière catégorie; mais, dans ce cas, la lésion se borne rarement à la langue seule; elle s'accompagne presque toujours de délabrements tels du côté de la bouche et des organes voisins, qu'elle n'est plus, pour ainsi dire, que secondaire.

Les *piqûres* sont assez rares, et ne présentent d'ordinaire aucune gravité; les astringents, la glace, aidés du repos de la langue, suffisent en général pour en amener la guérison.

Les *plaies par instruments tranchants*, tels que couteaux, ciseaux, ne s'observent guère plus souvent que les précédentes; le plus ordinairement la lésion résulte de la pression exercée par les dents dans le rapprochement brusque des mâchoires, la langue se trouvant prise entre les arcades dentaires, qui agissent alors à la fois comme instruments tranchants et contondants. Cet accident peut se rencontrer dans les conditions ordinaires de la mastication; il peut être également produit par la pression prolongée d'une dent pointue ou d'un chicot sur la surface linguale. Quelquefois aussi la langue sera surprise entre les dents au moment d'un coup ou d'une chute sur le menton; mais le plus habituellement on observe ces blessures à la suite d'attaques convulsives, soit chez les tétaniques, soit surtout chez les épileptiques. A l'exception de celles déterminées par un chicot et situées sur les parties latérales de la langue, ces différentes plaies occupent généralement la partie antérieure et libre de l'organe.

a. Les morsures produites pendant la mastication sont toujours peu graves; ce sont de simples contusions ou des plaies superficielles n'intéressant que la muqueuse en partie ou en totalité. Comme symptômes, on constate une plaie plus ou moins irrégulière, donnant lieu à un léger écoulement de sang, déterminant une douleur assez vive et n'apportant qu'une gêne légère et momentanée à la mastication. Ces plaies guérissent rapidement et par le simple repos de la langue.

b. Les plaies qui surviennent à la suite d'un coup ou d'une chute sur le menton peuvent être plus sérieuses et intéresser même toute l'épaisseur des tissus saisis entre les dents: c'est ce qui eut lieu chez les deux enfants observés par Wilkes (1) et Branca (2). Dans ces cas, la plaie était telle que la partie antérieure de la langue constituait un véritable lambeau

(1) *Union méd.*, 1860, t. III, p. 492.

(2) *Archives gén. de méd.*, 2^e série, t. VII, p. 408

flottant qui gênait la succion et la mastication; la réunion put être faite et fut suivie du plus heureux résultat.

c. Enfin, les morsures qu'on observe à la suite des convulsions tétaniques ou épileptiques sont de beaucoup les plus graves. Au moment de ces accès, la contraction spasmodique est telle que la langue, brusquement saisie entre les dents, se trouve comme écrasée, et qu'il en résulte une plaie irrégulière, intéressant les deux faces et les bords de l'organe. Cette plaie contuse n'occupe en général qu'une partie de l'épaisseur des tissus; dans quelques cas cependant, la partie antérieure peut être presque complètement détachée: c'est ce qui arriva chez un tétanique dont Bouisson (1) rapporte l'histoire. Pendant un accès de trismus, dit cet auteur, la langue fut tellement serrée entre les incisives qu'il en résulta une sorte d'écrasement linéaire de l'organe. En général, ces plaies ne donnent pas lieu à des hémorragies inquiétantes, soit par ce fait même que ce sont des plaies contuses, soit parce que la blessure est située dans un point où les artères approchent de leur terminaison.

Les plaies par morsure se cicatrisent facilement, malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles elles se produisent. La réunion immédiate est rare; le plus habituellement il y a suppuration, et la guérison survient au bout de quelques jours. Dans quelques cas, l'inflammation peut être assez intense pour déterminer une véritable glossite et s'étendre même à toute la muqueuse buccale. Il suffira alors de recourir aux lavages répétés de la bouche, aux injections émollientes et aux gargarismes adoucissants, pour voir disparaître peu à peu tous ces accidents.

Il est rare de ne rencontrer qu'une seule plaie de ce genre chez les épileptiques; le plus souvent ces malheureux ont la langue comme labourée de cicatrices, dont la coloration blanchâtre et la forme déprimée tranchent sur les tissus environnants. Dans ces cas, on observe parfois un véritable sillon d'une profondeur variable qui divise la langue en deux parties; l'antérieure peut devenir le siège d'un gonflement tel qu'il rende la mastication très-difficile et détermine alors une véritable infirmité. Maisonneuve (2) fut obligé de pratiquer l'ablation de toute cette portion ainsi hypertrophiée chez un malade de Bicêtre.

Toutes les plaies de la langue peuvent présenter quelques complications; les plus importantes sont l'hémorragie et la *blessure des nerfs*. Cette dernière complication n'est signalée par aucun auteur, et pourtant elle a dû se présenter dans les cas surtout de séparation presque complète de la langue. Que doit-on conclure de ce silence? De deux choses l'une, ou que le rapprochement des deux extrémités nerveuses se produit avec une rapidité et une perfection telles qu'il n'est pas possible d'apprécier d'altération notable dans la motilité ou la sensibilité de l'or-

(1) *Dictionn. encyclop.*, 2^e série, t. I, p. 391.

(2) Thèse de concours de clinique chirurgicale. Paris, 1848.

gane, ou bien que la perte de ces propriétés est localisée à une portion si restreinte de la langue qu'elle passe inaperçue.

Quant à l'hémorrhagie, elle a été notée dans un certain nombre d'observations, depuis la simple piqûre jusqu'aux plaies les plus étendues. Ordinairement peu abondante et favorablement combattue par les astringents, la glace, la compression directe, elle est parfois assez considérable pour réclamer une intervention plus énergique. On pourra alors se servir d'une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer et portée au fond de la plaie légèrement débridée et agrandie, ou bien encore, comme le fit Brasdor, éteindre un stylet rougi au feu dans le trajet de la piqûre ou à la surface de la plaie. L'écoulement persiste-t-il, il sera bon de comprimer les deux carotides primitives, tout en maintenant l'agent hémostatique sur la blessure, afin de faciliter la formation d'un caillot solide. Enfin on aura recours à la ligature, qui devra toujours être préférée toutes les fois qu'il sera possible d'apercevoir le vaisseau divisé.

Que doit-on faire lorsque la partie antérieure de la langue est plus ou moins complètement séparée du reste de l'organe? Cette question, qui peut paraître oiseuse, cependant n'a été complètement élucidée que dans ces dernières années. Sans doute, de tout temps les chirurgiens ont admis la nécessité de rapprocher les lambeaux afin d'obtenir une réunion aussi immédiate que possible; aussi la suture est-elle conseillée dans les plaies d'une étendue considérable. Mais lorsque la partie détachée ne tient plus que par un faible pédicule, doit-on perdre tout espoir de réunion et enlever la portion ainsi séparée ou l'abandonner à elle-même? Bérenger-Féraud (1) a attiré tout particulièrement l'attention sur ce point, et a pu réunir onze cas de tentatives de conservation de la langue au moyen de la suture immédiate. De l'étude de ces différents cas, l'auteur conclut que la réunion de la langue presque entièrement séparée est assez facile et doit toujours être tentée par le chirurgien. Il donne la préférence à la suture entrecoupée, et conseille de ne pas craindre de multiplier les points de suture, et d'en mettre à la fois sur la face supérieure et la face inférieure de la langue, lorsque toute l'épaisseur de l'organe a été intéressée.

2° Corps étrangers.

A la suite de certaines plaies, et surtout à la suite des blessures par armes à feu, il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur de la langue des corps étrangers de diverse nature. Ces corps peuvent être groupés en deux catégories : les uns viennent du dehors et sont complètement étrangers à l'organisme (balles, portions de projectile, éclats de bois, etc.); les autres viennent de la cavité buccale (esquilles, fragments de dents).

Quelle que soit la nature du corps étranger, on peut être appelé à con-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1870, n° 53 et suiv.

stater sa présence dans la langue, soit à l'instant même de l'accident, soit à une époque plus ou moins éloignée de la production de la blessure. Dans le premier cas, le diagnostic est des plus faciles; l'exploration de l'organe blessé avec les doigts et les instruments, jointe à la douleur, à la gêne de la prononciation, au gonflement, à la sensation d'un corps dur et résistant, ne saurait laisser longtemps le chirurgien dans l'incertitude.

Dès lors l'extraction du corps étranger doit être faite immédiatement. Cette petite opération, en général facile, présente parfois quelques difficultés, et il est nécessaire de débrider afin de pouvoir saisir le corps étranger avec des pinces; une fois celui-ci enlevé, on panse la plaie comme si elle était simple.

Dans quelques cas, le corps étranger séjourne plus longtemps dans l'épaisseur de la langue, soit qu'il ait été méconnu, soit qu'il n'ait pas révélé immédiatement sa présence. Dans ces cas, il pourra encore être rejeté au dehors, grâce à la suppuration qui s'est établie autour de lui. Enfin, dans des circonstances exceptionnelles, le corps étranger s'enkyste, et donne naissance à une véritable tumeur, de volume et de forme variables, dont le diagnostic présentera quelquefois d'assez grandes difficultés; les observations de Boyer, Velpeau, Hubert (de Villières) en sont de remarquables exemples.

L'étude de ces différentes observations nous a fait reconnaître un signe dont on n'avait peut-être pas fait ressortir jusqu'alors toute l'utilité au point de vue du diagnostic. Outre les renseignements fournis par le malade ou les assistants, outre les troubles fonctionnels plus ou moins accusés, tous symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, il faudra se rappeler qu'il existe toujours, dans le cas de corps étranger ancien, un *petit orifice* sur un des points de la tumeur; cet orifice, en général étroit, laisse écouler une quantité variable d'un liquide séreux ou séro-purulent, et si l'on introduit un stylet par cet orifice, on arrive sur un corps dur.

Le corps étranger une fois reconnu, le chirurgien devra l'extraire, c'est là la seule indication. Un débridement en rapport avec le volume présumé du corps le mettra à découvert et permettra ensuite de le retirer avec des pinces ou une curette.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA LANGUE.

1° Inflammation (glossite).

Suivant qu'elle occupe la muqueuse ou les tissus sous-jacents, la glossite est dite *superficielle* ou *profonde*. Nous laisserons de côté la première, qui est plutôt du domaine de la médecine. Il n'en est pas de même de