

nomes de la partie postérieure de la langue, il n'en est pas moins vrai que l'opération faite tout à fait en arrière avec l'écraseur ou l'anse galvanocaustique, suivant les procédés que nous venons d'indiquer, mettrait le chirurgien dans un bien grand embarras si, en dépit de toutes les précautions, une hémorragie venait à se produire. En outre, et surtout avec ces procédés, on ne voit pas bien ce que l'on fait; lorsque l'amputation est pratiquée tout à fait en arrière, le moignon échappe à tout contrôle exact, et la surface de la plaie étant altérée par l'écraseur ou l'anse galvanique, il devient impossible de reconnaître sûrement si toute la partie malade a été enlevée. Ces mêmes inconvénients se retrouvent dans le procédé employé dernièrement pour la première fois par LANGENBECK, et qui consiste dans l'amputation de la langue au moyen du thermocautère dans les cas de carcinome étendu de cet organe.

Afin de parer à ces inconvénients on a pratiqué diverses opérations préliminaires destinées à rendre plus accessible le terrain opératoire dans les cas difficiles. SÉDILLOT divisait la lèvre inférieure sur la ligne médiane jusqu'au menton, puis la partie correspondante du maxillaire inférieur, dont il écartait ensuite fortement les deux branches horizontales. On obtient ainsi un espace suffisant, même pour l'extirpation de carcinomes situés assez loin en arrière; c'est ce procédé d'incision qui a été adopté dans un grand nombre d'opérations dans lesquelles on se servait soit de l'écraseur linéaire soit d'instruments tranchants. L'opération de SÉDILLOT s'applique surtout aux carcinomes situés plus ou moins sur la ligne médiane dans le secteur formé par le maxillaire inférieur, et n'ont pas pris une extension trop grande soit en arrière soit latéralement (arc palato-glosse). Par contre elle ne donne pas une place suffisante pour l'extirpation de néoplasmes situés plus ou moins latéralement et très loin en arrière; en outre elle ne permet pas d'enlever, au besoin, des ganglions lymphatiques malades ni de lier l'artère linguale. LANGENBECK, pour répondre à ces indications, pratique la section du maxillaire non pas sur la ligne médiane, mais latéralement, c'est-à-dire du côté du carcinome, dans la région de la première grosse molaire (*voir plus loin*).

Toutes ces opérations ont l'inconvénient de nécessiter une solution de continuité de l'os, et, malgré la suture osseuse, il n'est pas toujours possible d'obtenir ensuite la réunion des segments osseux divisés. Il en est de même de la **résection temporaire du maxillaire** pratiquée pour la première fois par BILLROTH à une époque ultérieure. Voici en quoi consiste l'opération de BILLROTH qui peut être, du reste, modifiée suivant que la tumeur est située plus ou moins latéralement: des commissures buccales partent deux incisions verticales descendant au-devant du menton jusqu'à l'os hyoïde et divisant les parties molles jusqu'à l'os; le maxillaire est ensuite sectionné avec la scie au niveau de chacune de ces incisions. Après avoir détaché les parties molles de la face interne du fragment osseux ainsi isolé, on peut rabattre ce dernier de haut en bas avec les parties molles qui le recouvrent, et l'on obtient alors naturellement un espace suffisant pour opérer jusqu'à la racine de la langue, ainsi que sur le plancher de la bouche et sur les parties latérales voisines du maxillaire.

Ajoutons que la résection définitive du maxillaire inférieur peut se trouver indiquée dans les cas où le carcinome a déjà envahi la portion moyenne de cet os.

En même temps les chirurgiens firent des tentatives pour arriver sur le siège du néoplasme à l'aide d'incisions des parties molles. L'incision de la joue à partir de la commissure buccale, incision qui fut pratiquée par M. JAEGER et HEYFELDER, se montra bientôt insuffisante dans la grande majorité des cas. Aussi a-t-on essayé de bonne heure de se frayer une voie par la région sus-hyoïdienne. (Déjà en 1827 CLOQUET fit une opération de ce genre). Mais ce procédé n'est entré véritablement dans la pratique que depuis REGNOLI. Tout dernièrement BILLROTH a modifié d'une façon très heureuse l'opération de CLOQUET-REGNOLI. La méthode d'incision de BILLROTH donne plus d'espace et permet en même temps d'instituer un traitement consécutif rationnel. Grâce à ce chirurgien l'opération par la voie sus-hyoïdienne est devenue tout à fait praticable. Enfin il nous reste à mentionner la méthode de KOCHER consistant à extirper la langue par sa base. L'incision est la même que celle que ce chirurgien a proposée pour la pharyngotomie partielle. Elle part du maxillaire inférieur et suit la ligne médiane jusqu'à l'os hyoïde, pour se rendre de là vers le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Une autre incision part du lobule de l'oreille et va à la rencontre de la première le long du bord antérieur de ce même muscle. Le lambeau triangulaire ainsi obtenu est renversé de bas en haut et suturé à la peau de la face. On met ainsi à découvert la fosse sous-maxillaire dont on enlève le contenu (y compris la glande sous-maxillaire) après avoir lié l'artère et la veine faciales ainsi que l'artère linguale. Cela fait, on divise la muqueuse buccale le long du maxillaire inférieur après avoir détaché de ce dernier le muscle mylo-hyoïdien. Toute la face latérale correspondante de la langue, de la base à la pointe, devient dès lors accessible au chirurgien. Même une petite tumeur s'étendant très profondément vers l'os hyoïde peut être ainsi extirpée à l'aide du bistouri, de l'écraseur ou de la galvanocaustique.

§ 163. — Dans le choix des diverses méthodes opératoires il faut avant tout chercher à reconnaître celle qui offre le moins de dangers pour le malade. Sous ce rapport il est évident *a priori* que toutes les opérations préliminaires dans lesquelles on divise le maxillaire, de même que la méthode opératoire consistant à enlever la langue par l'incision sous-mentale, aggravent d'une façon assez notable le traumatisme chirurgical. Ce n'est pas seulement la gravité de l'intervention chirurgicale en elle-même, ainsi que l'hémorragie et la longue durée de l'opération, qui sont une cause de mort relativement fréquente, mais encore, et tout particulièrement, les conséquences de la lésion opératoire qui ne peuvent être complètement évitées avec les procédés que nous venons de mentionner. Dès qu'une plaie d'une étendue un peu considérable, et avec elle un certain nombre d'espaces ouverts du tissu conjonctif se trouvent en communication avec la cavité buccale, toutes nos méthodes antiseptiques deviennent impuissantes à prévenir l'apparition de processus morbides accidentels, tels que le phlegmon qui revêt ici volontiers le caractère septico-gangréneux. C'est ce que la statistique a du reste prouvé, et c'est pour ce motif qu'un certain nombre de chirurgiens ont de nouveau cher-

ché, même dans les cas difficiles, à se passer d'opérations préliminaires. BILLROTH surtout, dans ces derniers temps, a abandonné toute opération de ce genre, et a eu recours seulement à la ligature préalable de l'artère linguale. En somme l'expérience des chirurgiens semble démontrer que l'on doit réserver les opérations préliminaires étendues pour les cas les plus graves, si toutefois on se décide alors à opérer en dépit de l'incertitude du résultat. Nous pouvons donc formuler à peu près les règles suivantes :

1. Les carcinomes de la pointe de la langue et ceux qui siègent à environ un centimètre en arrière dans la substance de l'organe ou sur ses bords latéraux, peuvent être extirpés par la méthode que nous aurons à décrire ultérieurement, sans opération préliminaire, soit à l'aide du bistouri, soit au moyen de l'écraseur linéaire ou de l'anse galvanocaustique.

2. Les tumeurs situées plus en arrière, mais ne s'étendant pas au delà des limites de la langue dans le plancher buccal, exigent la ligature préalable de l'une ou des deux artères linguales. L'opération peut être aussi pratiquée à l'aide des instruments galvanocaustiques ou de l'écraseur, à condition que l'on use des précautions indiquées plus haut, mais l'extirpation avec le bistouri après ligature de la linguale est bien préférable, tant au point de vue de l'hémorragie que de la certitude d'enlever toutes les parties malades. Une ligne passant à un centimètre environ en avant des papilles caliciformes marque la limite de la possibilité d'opérer par la voie buccale.

3. Lorsque le carcinome s'étend encore plus en arrière, il faut s'assurer si la langue est mobile ou si elle est déjà fixée, et chercher à reconnaître si le néoplasme a déjà envahi latéralement le plancher de la bouche et le maxillaire inférieur. La langue est-elle mobile, nous conseillons de suivre l'exemple de BILLROTH, c'est-à-dire de lier les artères linguales, d'attirer fortement l'organe en avant, et de pratiquer l'amputation avec les ciseaux plats de Cooper. Parfois, dans des cas semblables, lorsque le carcinome s'est étendu d'un côté au plancher de la bouche, on peut se rendre accessible le terrain opératoire par une incision de la joue.

4. Dans tous les autres cas l'opération radicale — la seule admissible, comme nous l'avons dit plus haut — ne peut-être menée à bien sans une opération préliminaire destinée à frayer un libre accès dans la cavité buccale par la section du maxillaire ou par une incision au niveau de la région sus-hyoïdienne. Il en est surtout ainsi lorsqu'il existe en même temps un engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire; mais la présence d'une tumeur ganglionnaire de quelque importance impose naturellement des limites à l'intervention chirurgicale. Bien que, dans les cas où l'on se décide à pratiquer une solution de continuité du maxillaire, le procédé de résection temporaire de BILLROTH donne évidemment plus d'espace que la section simple de SÉDILLOT, cependant c'est à cette dernière que nous accorderions la préférence à cause

du traumatisme moindre qu'elle entraîne, à condition toutefois qu'il n'y ait pas aussi des glandes à enlever, et que le néoplasme siège plus ou moins sur la ligne médiane dans le secteur formé par le maxillaire. Mais l'opération de LANGENBECK consistant à scier l'os latéralement est préférable, dans la plupart des cas, à la section sur la ligne médiane; en effet ce procédé donne un meilleur accès sur les tumeurs situées un peu latéralement ou à la partie postérieure de la langue, ainsi que sur les ganglions malades de la région sous-maxillaire latérale; en outre il permet de pratiquer la ligature de la linguale sans faire de nouvelle incision, et de donner aux liquides de la plaie un libre écoulement.

La résection de portions du maxillaire est pratiquée surtout dans les cas où le carcinome s'est propagé du plancher de la bouche à l'os de la mâchoire; il s'agit alors d'une résection définitive. D'après les résultats obtenus jusqu'ici par la méthode de BILLROTH consistant à opérer dans la région sus-hyoïdienne, résultats que j'ai pu confirmer par plusieurs opérations très bien réussies tant au point de vue de leur exécution que de la marche ultérieure de la plaie, il me semble que pour un certain nombre de cas on doit abandonner d'une manière générale les opérations préliminaires avec section de l'os.

Mais il n'en est pas moins certain que dans une autre série de cas la section latérale du maxillaire inférieur doit être préférée à toute autre opération; ce sont ceux dans lesquels le carcinome a envahi les parties latérale et postérieure de la langue jusque dans le voisinage de l'épiglotte, et a même gagné l'arc palato-glosse, tout en s'accompagnant d'une dégénérescence carcinomateuse des ganglions lymphatiques et des glandes salivaires des régions sublinguale et sous-maxillaire (LANGENBECK).

§ 164. — Dans ces dernières années nous avons, à l'exemple de Billroth, pratiqué par la bouche les amputations de la langue, même les plus étendues, ces dernières toutefois après ligature préalable d'une ou des deux artères linguales. Après un nettoyage complet de la cavité buccale et des dents, le malade est soumis à l'action du chloroforme; puis on introduit deux crochets mousses au niveau des commissures, on maintient la bouche ouverte au moyen de l'écarteur des mâchoires, et l'on fixe la langue pour l'opération. A l'aide de deux aiguilles on passe un fil épais à travers la base de la langue, en arrière des limites de la tumeur; ces aiguilles sont enfoncées à 3 centim. l'une de l'autre, et les deux bouts du fil ramenés en dehors sont noués ensemble provisoirement. Ils servent à attirer la langue en avant, et peuvent être, dans certains cas, utilisés ultérieurement pour la suture. Ils peuvent être, du reste, remplacés avantageusement par la pince à balles américaine munie d'une fermeture à ressort, dont nous avons déjà fait mention antérieurement (§ 151). Si l'on possède deux de ces pinces, on peut à chaque instant changer le point d'application de l'instrument afin d'opérer les tractions dans la