


direction voulue. L'opérateur saisit la langue du côté malade, et l'ampute de façon à enlever partout une épaisseur d'au moins un centimètre de tissus sains avec la tumeur. Nous rappelons encore une fois ici le fait que précisément à la langue l'extirpation doit être pratiquée très largement, que jamais on ne doit, dans l'idée d'obtenir ensuite une meilleure réunion, se contenter d'une simple excision cunéiforme, laquelle ne peut convenir que pour des nodosités d'un très petit volume. Ce dernier procédé a, il est vrai, l'avantage d'être commode pour le chirurgien, et de permettre une réunion facile des bords de la plaie, mais on ne doit pas se laisser guider par de semblables considérations. C'est l'étendue de la partie malade qui décidera si l'on doit faire une excision cunéiforme ou donner aux incisions une forme en , ou une forme arrondie, ou si l'on doit pratiquer une véritable amputation, ce qui est parfois préférable. Pour les amputations qui ne sont pas pratiquées très loin en arrière, BENNO SCHMIDT a montré que l'on pouvait priver de sang les artères ranines, et par conséquent la partie antérieure de la langue nourrie par ces vaisseaux : une aiguille munie d'un fil est enfoncée directement au-dessus de la saillie de la glande sublinguale, à environ 1 1/2 centim. de la ligne médiane, et après l'avoir conduite à travers le milieu de la langue, on la fait sortir de l'autre côté du frein, à 1 1/2 centim. environ de ce dernier.

Tout dernièrement LANGENBECK, dans un cas d'angiome de la langue, avant de pratiquer l'extirpation de la tumeur, rendit exsangue toute la partie qui devait être divisée dans le cours de l'opération, au moyen de deux ligatures en masse comprenant chacune une moitié de la langue et l'artère linguale correspondante. L'extirpation achevée il fit une suture exacte de la plaie avant l'ablation de ces ligatures. Pour des motifs aisés à comprendre d'après l'étude que nous venons de faire, il est douteux que cette méthode trouve jamais un emploi étendu dans les opérations de carcinomes.

L'amputation de la langue est pratiquée à l'aide de forts ciseaux ou d'un bistouri pointu. Si le plancher buccal est envahi par la tumeur, c'est à ce niveau que l'on commencera l'opération. La langue devient ainsi plus mobile. Dans la règle, alors même que l'on a fait la ligature préalable de l'artère linguale, on observe à ce moment un jet de sang provenant d'une branche de l'artère faciale, et WOELFLER a fait observer que l'on peut éviter cette petite hémorragie si, au moment de la ligature de la linguale, on pratique également celle de l'artère faciale.

Lorsque, l'amputation devant être pratiquée sur un point reculé, on ne peut attirer suffisamment la langue en avant, on aura souvent tout avantage à inciser la muqueuse latéralement ou au niveau du frein, afin de donner plus de mobilité à cet organe. Cela fait on procède à l'amputation, qui, lorsqu'elle doit être pratiquée transversalement, peut s'achever en quelques coups de forts ciseaux maniés vigoureusement. En pro-


cedant de cette manière, avec des aides exercés, on peut arriver à se rendre maître de l'hémorragie même sans ligature préalable de la linguale. Cependant on opère plus commodément lorsqu'on a lié auparavant les deux artères linguales. Tous les vaisseaux donnant un jet de sang sont liés avec le catgut; de même nous nous servons de catgut pour la suture toutes les fois que nous pratiquons l'extirpation de carcinomes de la langue. Avant de faire la suture on nettoie encore une fois la cavité buccale et la plaie avec une solution de sublimé, puis on saupoudre et frotte la surface de section avec de l'iodoforme. Les fils de catgut doivent être introduits profondément de façon à comprendre toute l'épaisseur de la langue. Lorsque la suture est impossible, on saupoudre également d'iodoforme la surface cruentée, que l'on recouvre ensuite de gaze iodoformée; celle-ci est appliquée avec soin, de façon à ce qu'elle adhère ensuite intimement avec la plaie. La gaze est laissée en place de 6 à 8 jours jusqu'à ce qu'elle se détache d'elle-même.

Dans les rares cas où une intervention chirurgicale est encore indiquée malgré la grande extension du carcinome de la langue, on aura recours à une opération préliminaire, suivant l'un des procédés décrits antérieurement.

Nous avons déjà indiqué plus haut brièvement le procédé à suivre pour la section et la résection temporaire du maxillaire inférieur, et il ne nous reste plus ici qu'à insister un peu plus longuement sur la méthode d'incision sus-hyoïdienne de BILLROTH et sur la section latérale du maxillaire suivant le procédé de LANGENBECK.

BILLROTH recommande de pratiquer avant l'opération le nettoyage complet et la désinfection de la cavité buccale soit à l'aide d'une brosse servant à frotter énergiquement les dents et la muqueuse, soit par des lavages avec des solutions antiseptiques. Il s'est efforcé de trouver un procédé d'incision capable de donner un espace suffisant pour permettre d'attirer la langue au dehors jusqu'à l'épiglotte, et de détacher le périoste de la face interne du maxillaire. Mais il faut se garder d'exagérer la section des attaches de la langue au maxillaire, car un décollement trop étendu entraînerait des troubles notables de la déglutition jusqu'à la guérison de la plaie. Afin d'éviter que l'opéré n'ait à souffrir longtemps de troubles de ce genre, BILLROTH conseille, une fois l'opération terminée (voir plus bas), de réunir provisoirement le moignon de la langue à l'une des commissures des lèvres. Un point très important pour le traitement consécutif, c'est que les incisions soient dirigées de façon à donner un libre écoulement au dehors aux liquides de la bouche lorsque le malade se trouve dans la position demi-assise.

Après ces remarques préliminaires sur le but à atteindre par l'opération, passons à la description de l'incision elle-même.

L'incision en forme de  est pratiquée de façon que sa branche horizontale légèrement recourbée et longue d'environ 5 à 6 centimètres corresponde au bord inférieur de la portion mentonnière (du maxillaire inférieur, tandis que les deux branches latérales, longues de près de 3 centimètres, se dirigent direc-

tement en bas et un peu au dehors du côté de l'os hyoïde. L'incision dans toute son étendue doit pénétrer jusque dans la cavité buccale. Au niveau de la partie horizontale de la plaie on détache le périoste de la face interne de l'os à l'aide d'une rugine, et l'on divise avec le bistouri ou les ciseaux les insertions des muscles sur les apophyses géni (génio-glosse, génio-hyoïdien, digastrique), puis on pénètre aussitôt dans la cavité buccale après avoir divisé la muqueuse le long du rebord alvéolaire. Au niveau des incisions latérales on divise le mylo-hyoïdien et une partie de la muqueuse pour arriver également dans la cavité buccale. Latéralement on aperçoit alors les ganglions lymphatiques malades et la glande sous-maxillaire que l'on enlève si on le juge nécessaire. Les incisions latérales pourront servir aussi à lier la linguale comme je l'ai fait dans un cas; cette précaution n'est du reste pas indispensable, car dans la plaie largement béante on peut facilement prévoir le moment où l'artère sera divisée. On réussit alors généralement à saisir la langue avec des pinces à griffes et à l'attirer fortement au dehors de la plaie, ce qui permet d'enlever toutes les parties malades jusque dans le voisinage de l'épiglotte; il n'est pas nécessaire pour cela de pratiquer d'autres sections musculaires (hyo-glosse, stylo-glosse) que l'on doit, du reste, éviter autant que possible. L'opération terminée et l'hémostase assurée, on procède à la suture de la plaie transversale. La muqueuse de chaque côté du moignon de la langue est, si possible, fixée par des sutures dans les extrémités inférieures non réunies des plaies longitudinales. La déglutition est alors plus facile et les liquides de la bouche s'écoulent aisément au dehors le long de cette espèce de plan incliné.

Pendant le traitement consécutif le malade doit rester dans la position demi-assise, le haut du corps relevé par des coussins, et s'il ne peut avaler, on le nourrit au moyen de la sonde œsophagienne.

LANGENBECK fait une incision partant de l'une des commissures des lèvres du côté malade, et se dirigeant verticalement en bas pour se terminer à la hauteur du cartilage thyroïde. Puis il pénètre dans la profondeur, d'abord au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision cutanée, et sépare des tissus sains les ganglions infiltrés et la glande sous-maxillaire, qu'il maintient relevée à l'aide d'ériges. Le bistouri divise ensuite le digastrique et le hyo-glosse, ainsi que l'artère linguale entre deux ligatures. On peut aussi pratiquer la ligature de cette artère dans la plaie au niveau de l'un des lieux d'élection.

Le maxillaire est alors divisé avec la scie entre la canine et la première petite molaire, ou un peu plus en arrière. La section doit être pratiquée un peu obliquement, de haut en bas et d'arrière en avant, afin que les deux portions de l'os puissent être ensuite mieux affrontées. Deux ériges dont la pointe est enfoncée dans le canal dentaire, servent à écarter fortement les deux moitiés du maxillaire; le petit fragment surtout peut être attiré assez loin en dehors et en haut, et il peut même être luxé sans inconvénient. Un lien passé à travers la langue permet d'attirer cette dernière en haut et du côté de la commissure intacte. Puis on incise la muqueuse du plancher de la bouche jusqu'au pilier antérieur du voile du palais, on la détache du maxillaire, et l'on divise le nerf lingual. La cavité buccale d'un côté, y compris l'amygdale, est alors parfaitement accessible jusqu'à l'épiglotte. Si l'on a soin de placer l'opéré dans une position demi-assise, on empêche facilement l'écoulement du sang dans le larynx.

L'opération proprement dite commence, cas échéant, par l'extirpation des parties malades de l'arc palato-glosse et de l'amygdale. Avant de pratiquer l'amputation de la langue on attire celle-ci dans la plaie de la joue et l'on cherche par une palpation minutieuse à fixer les limites dans lesquelles on devra faire la section. Si l'une des moitiés de l'organe est saine, on aura soin de la fixer à l'aide d'un second lien avant la résection de la moitié malade. On divise alors la langue de haut en bas et l'on sectionne en dernier lieu le côté malade à son union avec le ligament glosso-épiglottique. Si l'on peut épargner d'un côté le génio-glosse, il y a tout avantage à le faire. La ligature de la linguale dans la plaie, dans les cas où l'on est obligé d'empiéter sur le côté relativement sain, ne m'a pas offert de difficulté; mais cette artère peut être aussi liée préalablement dans la bouche tandis que la langue est attirée et fixée du côté malade.

Les deux fragments du maxillaire sont réunis soit par des sutures, soit au moyen d'une fine tige d'ivoire que l'on fait pénétrer de chaque côté dans le canal dentaire. Le plus souvent les deux surfaces osseuses ne peuvent être maintenues en contact, et leur soudure ne s'opère que secondairement. La plaie des parties molles est aussi réunie par des sutures, sauf l'angle inférieur qui reste ouvert et est destiné au passage d'un drain allant jusque dans la cavité buccale. Le malade sera nourri avec la sonde œsophagienne, et la cavité buccale lavée avec des solutions désinfectantes.

Il nous reste à signaler ici la proposition qui a été faite, et que l'on a quelquefois mise en pratique, de diviser le nerf lingual dans le but de calmer les douleurs violentes dont s'accompagne le carcinome. Dans les cas incurables on a également tenté la ligature de l'artère linguale dans l'idée d'entraver l'accroissement du néoplasme. Il est clair que l'on ne peut songer à la possibilité d'une guérison par l'un ou l'autre des procédés.

VII. MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES.

Parotide

§ 165. — Les lésions traumatiques de la région parotidienne s'accompagnent ordinairement de lésions intéressant des vaisseaux et nerfs importants, tels que la carotide, le facial, etc., situés dans le voisinage de la parotide; ces lésions concomitantes réclament l'attention du chirurgien bien plus que celles de la substance même de la glande. Les opérations consistant à enlever des portions du tissu glandulaire nous montrent le peu de gravité des blessures de cet organe. L'inflammation, due à des processus infectieux, peut envahir, il est vrai, une plaie intéressant l'aponévrose et la glande parotidiennes, mais, même dans ces conditions, les phénomènes consécutifs n'auront que peu de gravité; en effet, la tension de l'aponévrose parotidienne est la cause essentielle des phénomènes graves observés; or cette cause disparaît avec l'incision de