

devrait être abandonnée. Resterait donc à l'appliquer aux kystes non adhérents, qui sont excessivement rares.

Appréciation. Nous avons employé deux fois, sans succès, le procédé de Jobert. Chez l'une des malades, religieuse à Molsheim, la tumeur occupait une grande partie de la bouche, faisait saillie au cou et permettait l'introduction du doigt fort au delà de la langue. Malgré l'étendue très-considérable donnée à l'incision et le soin avec lequel la paroi du kyste fut renversée sur elle-même et réunie à la muqueuse, la plaie ne tarda pas à s'oblitérer complètement. On pourrait conserver deux grands lambeaux de la membrane muqueuse, que l'on doublerait de chaque côté par quelques points de suture, après avoir excisé toute la portion accessible du kyste. On aurait ainsi une sorte de lèvre ou de repli libre, formé par la muqueuse adossée, dont la réunion serait moins facile. Les injections iodées (Bouchacourt) sont sans danger et méritent d'être mises en usage. Le bouton de Dupuytren est dans le même cas, mais l'excision et la cautérisation répétée du kyste paraissent offrir les meilleures chances de succès.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE.

Ankyloglosse. L'ankyloglosse est congénitale ou accidentelle. La langue, par suite d'inflammation mercurielle ou de toute autre nature, a contracté des adhérences avec le plancher de la bouche ou avec les joues. On *incise* ou l'on *excise* les points adhérents, et on a soin de glisser souvent un corps étranger entre les parties divisées, pour en empêcher la réunion.

Dans une observation rapportée par Chambolle, chirurgien principal d'armée, dans le 54^e volume des *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, un sous-officier s'étant tiré un coup de fusil sous le menton, l'arme un peu inclinée en avant, la langue contracta des adhérences avec le plancher de la bouche, par suite de la lésion commune de ces deux parties. De pareils accidents sont communs.

J'ai fait connaître un cas plus remarquable : le maxillaire inférieur avait été brisé et la paroi inférieure de la bouche traversée par une balle de calibre tirée au-dessous du menton. L'énorme intumescence de la langue rendit la suffocation imminente, et l'on n'y trouva pas d'autre remède (Lallemand) que d'engager cet organe au travers de la plaie et de l'y fixer. Des adhérences s'établirent et le malade guérit avec une hernie de la langue au-dessous du menton. Il était désespéré et voulait de nouveau attenter à sa

vie. On détacha les fragments du maxillaire, on disséqua la langue, qui fut remise en place ; la plaie cervicale fut réunie par des points de suture, la consolidation de la mâchoire inférieure s'accomplit, et le malade fut débarrassé de cette affreuse difformité et rétabli dans la plénitude de ses fonctions.

Tumeurs de la langue. Faure parle, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, d'une tumeur située au-dessous de la langue et d'un assez grand volume pour empêcher les enfants de téter. Il s'agissait probablement d'une grenouillette.

J'ai opéré un jeune garçon qui portait vers l'extrémité de la langue, et un peu plus à droite qu'à gauche, une tumeur verruqueuse de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur dure et formée d'une foule de canaliculus rougeâtres, développés dans un tissu fibreux très-dense, naissait perpendiculairement de la surface de la langue. Une double incision elliptique servit à enlever la tumeur, un peu au delà de ses limites, pour ne laisser que des tissus sains. La plaie réunie par un point de suture était parfaitement guérie le dixième jour.

Filet. Le frein peut être trop court et empêcher la succion, chez les nouveau-nés. On dit alors que l'enfant a le *filet*. L'opération consiste à couper le frein. On avait imaginé une foule d'instruments pour l'exécuter. Ceux dont on se sert aujourd'hui sont les ciseaux mousses, et une sonde cannelée à plaque fendue. Le filet est engagé dans la bifurcation de la plaque, au-dessous de laquelle les ciseaux le divisent, la pointe en bas, pour éviter les vaisseaux.

On a constaté, à la suite de cette opération : 1^o des hémorrhagies, fort redoutables chez les enfants qui avalent le sang à mesure qu'il s'écoule ; une application styptique ou un bouton de feu en seraient le remède ; 2^o le renversement de la langue en arrière. J. L. Pefit l'aurait vu être la cause d'une terminaison funeste. On a mis le fait en doute, mais un nouvel exemple paraît en avoir démontré la possibilité.

Gonflement de la langue. Cet état peut devenir menaçant dans les inflammations aiguës et exige des incisions longitudinales profondes sur l'une des faces de la langue, le plus souvent sur la supérieure, pour en opérer le dégorgeant.

Hypertrophie et procidence de la langue. L'allongement est congénital ou acquis. La langue tuméfiée empêche les dents de sortir des alvéoles ou les fait tomber, et va jusqu'à défor-

mer la mâchoire inférieure. Mirault (d'Angers) fit l'ablation partielle de la partie excédante de la langue au moyen de la ligature. (Voy. plus bas).

J'ai publié un cas presque semblable. Le sujet, âgé de neuf ans, offrait une hypertrophie simple de la langue, dont le volume normal était triplé. Cet organe ne pouvait plus, depuis quatre ans, rentrer dans la bouche et formait hors des lèvres une saillie de trois travers de doigt environ. Les dents de la mâchoire inférieure étaient recouvertes d'une couche épaisse de tartre, en forme de gouttière lisse et arrondie, qui avait prévenu toute ulcération. Le maxillaire était coudé en avant à partir des secondes grosses molaires, qui seules se rapprochaient au contact, et l'écartement des deux mâchoires était de plus de 0^m,028 au niveau des incisives médianes. La moitié antérieure de la langue fut enlevée par deux incisions en Λ , et la plaie réunie par la suture enchevillée. La guérison fut complète et rapide, mais l'enfant ne pouvait fermer la bouche en raison de l'écartement permanent du maxillaire, sur lequel nous fîmes appliquer une fronde de caoutchouc vulcanisé pour en redresser la courbure.

Nous avons vu une autre fois l'hypertrophie se continuer et reproduire la procidence linguale chez un enfant de cinq ans, après une première opération. Le microscope ne révélait qu'une exagération de tous les éléments normaux.

Corps étrangers dans la langue. Chez un homme atteint d'un coup de feu quatre ans auparavant, et qui portait une tumeur sur le bord de la langue, Boyer reconnut une balle au fond d'une ouverture fistuleuse et en fit l'extraction. Le blessé guérit rapidement. Moizin, ancien membre du Conseil de santé des armées, avait observé un fait semblable.

Cancers de la langue. La plupart sont de nature épidermique et d'une extrême gravité par la rapidité de leurs progrès, l'envahissement de la base de l'organe et l'extrême fréquence des récidives. Leur cause habituelle est l'irritation produite par des dents pointues ou tranchantes. J'ai vu un dentier produire le même effet après quatre années d'usage. On a invoqué l'action de la pipe et du tabac.

L'excision et la ligature sont les procédés opératoires les plus employés. Nous n'avons jamais eu recours à la ligature et nous la proscrivons d'une manière absolue. Les hémorrhagies sont très-rare en raison de la rétraction des artères dans des tissus mobiles et sains, et sont facilement arrêtées par l'eau froide, la glace, les

styptiques, la compression avec le bout du doigt, une boulette de charpie trempée dans de l'eau de Pagliari, une goutte de perchlore de fer, et en dernier lieu par la ligature.

Excision. Procédé ordinaire. Si le cancer siège sur l'un des bords de la langue, on fait saisir avec une pince de Museux l'extrémité libre de l'organe, qui est attirée hors la bouche, largement ouverte. Le chirurgien embrasse perpendiculairement avec une autre pince la tumeur au delà de ses limites, l'attire à lui et l'excise avec des ciseaux courbes, en ayant la précaution de couper dans l'épaisseur des tissus sains, pour se préserver des récidives. La plaie, abandonnée à elle-même, guérit promptement.

Procédé de Louis. Si la pointe de la langue était seule affectée, Louis conseillait de la couper transversalement en arrière de la dégénérescence.

Procédé de Boyer (pour le même cas). Un bouchon étant placé entre les dents molaires, le chirurgien, se tenant vis-à-vis du malade, fixe la langue au moyen d'une érigne implantée dans la tumeur, qui est circonscrite entre deux incisions en V dont les bords sont ensuite réunis par la suture entrecoupée. Dans le cas rapporté par Boyer, la cicatrice était parfaite au bout de huit jours.

Procédé de Regnoli. Regnoli (de Pise) a publié, en 1838, la description d'un procédé d'excision de la langue dont le succès fut complet. Ce professeur incisa demi-circulairement la peau au-dessous et à partir des angles de la mâchoire. Une autre incision médiane s'étendit jusqu'à l'os hyoïde. Les lambeaux tégumentaires ayant été renversés de haut en bas, on détacha les insertions musculaires le long du corps maxillaire inférieur, de manière à pénétrer largement dans la bouche et à pouvoir attirer la langue. On excisa alors très-facilement la moitié antérieure de l'organe, qui était seule dégénérée, et l'on réunit immédiatement la plaie. La guérison fut très-prompte. Nous croyons que l'on aurait pu obtenir le même résultat par un des procédés d'excision ordinaire, et avec beaucoup moins de difficulté et de danger pour le malade. On se serait aussi sûrement rendu maître de l'hémorrhagie, et le succès eût été plus rapide. Nous nous sommes assuré sur le cadavre que ce procédé ne facilite pas l'ablation de la base de la langue, qu'il est impossible d'amener suffisamment en dehors de l'incision sous-maxillaire; aussi avons-nous imaginé pour les cas de ce genre un autre procédé que nous avons souvent appliqué.

Procédé de l'auteur. Section du maxillaire inférieur. Désespérant de pouvoir enlever, en suivant les procédés connus, un cancer latéral gauche de la langue qui s'étendait jusqu'à l'os hyoïde,