

La forme de l'incision cutanée varie selon l'aspect et le volume de la tumeur; en général, il vaut mieux que sa direction soit verticale que transversale, eu égard au grand diamètre de la glande. Les téguments disséqués à l'ordinaire, on détache la masse altérée en commençant par sa partie supérieure, puis par son bord postérieur. Outre que la parotide est nettement limitée dans ces deux points par l'articulation temporo-maxillaire, la paroi inférieure du conduit auditif et l'apophyse mastoïde, on évite aussi, en s'y prenant de ce côté, de tomber dès le principe de l'opération sur l'artère carotide. A mesure que le bistouri plonge profondément, il faut en tourner le tranchant vers la glande plutôt que vers les parties voisines qu'on veut conserver, et lui substituer même autant que possible le manche du scalpel avec lequel on déchire les adhérences. On peut faciliter cette partie de l'opération en faisant largement ouvrir la mâchoire; ce mouvement écarte le condyle maxillaire du conduit auditif, et élargit d'autant l'espace dans lequel manœuvrent les instruments. On arrive ainsi derrière la branche de la mâchoire, où il faut redoubler de précautions, à cause du voisinage de la carotide externe et de l'origine de la temporale et de la maxillaire interne. Si dans ce point ou plus profondément encore, il existe quelques prolongements de l'altération que le manche du scalpel ne puisse détacher, on les étreint avec un lien du côté des parties saines, avant de les exciser avec le bistouri ou les ciseaux. En disséquant toujours de haut en bas, on parvient enfin à renverser la tumeur sur le cou, et l'on achève de la détacher, soit par déchirement, soit par excision, soit en unissant à l'excision la ligature en masse de ce qui reste à séparer.

Dans cette dissection longue et pénible, il faut lier au fur et à mesure toutes les artères qu'on ouvre, ou si elles sont peu volumineuses, les faire comprimer par les doigts d'un aide. Les artères susceptibles d'être lésées sont, outre les carotides: la faciale transverse, la temporale, l'auriculaire, la mastoïdienne, la stylo-mastoïdienne, l'occipitale, la maxillaire interne, la pharyngienne inférieure, même la linguale et la faciale. Si la carotide externe vient à être lésée ou risque de l'être, avant d'aller plus loin, on la découvre du côté de son origine, et on en fait la ligature. Le nerf facial sera écarté s'il se peut, sinon coupé hardiment en travers dès qu'on l'apercevra. Les muscles doivent être respectés autant que possible, à part le cas où ils seraient eux-mêmes altérés.

Toutes les artères liées, il reste souvent encore une hémorragie veineuse qu'on arrête par le tamponnement.

Après la cicatrisation, souvent les sections des muscles styloïdiens et autres laissent de la gêne dans les mouvements du pharynx, du larynx, de la langue, et même de la mâchoire. Mais la section du nerf facial paralyse inévitablement les paupières, l'aile du nez, la commissure labiale et toute la moitié correspondante du visage.

IV. — Extirpation de la glande sous-maxillaire.

Anatomie chirurgicale. — Séparée des téguments par la veine faciale et le muscle peucier, cette glande répond en haut à la face interne de l'os maxillaire, en bas au muscle digastrique, en dedans aux muscles hyo-glosse et mylo-hyoïdien. L'artère faciale longe son côté inférieur et interne; le nerf hypoglosse et l'artère linguale passent au-dessous; tout à fait en haut, elle reçoit le plexus du nerf myloïdien.

Procédé opératoire. — Il n'offre rien qui le distingue de la dissection ordinaire des tumeurs; il suffit de connaître la position des vaisseaux et des nerfs pour les éviter, ou pour les lier avant d'en faire la section. On se trouve bien d'attirer la glande en avant et en bas avec une érigne; la ligature en masse peut d'ailleurs se combiner à la dissection.

ARTICLE IV

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE ET LE PLANCHER BUCCAL.

I. — De la grenouillette.

Anatomie chirurgicale. — On désigne sous ce nom une tumeur placée sous la langue, faisant saillie à l'intérieur de la bouche, quelquefois aussi à l'extérieur, et remplie d'un liquide épais et visqueux comme du blanc d'œuf. On l'avait attribuée, sans aucune preuve, à la dilatation du canal de Wharton, oblitéré à son orifice externe; puis, tout aussi gratuitement, on en a fait une sorte d'hyarthrose de la bourse muqueuse de Fleischmann. Il est très facile de s'assurer que le conduit de Wharton n'est pas oblitéré, soit en en faisant jaillir la salive, soit en y introduisant une sonde. Richet a rencontré un kyste auquel aboutissait le conduit de Wharton; mais il semblait que celui-ci eût été divisé antérieurement. La grenouillette est la transformation kystique d'une des grappes de la glande sublinguale dont le

conduit excréteur est oblitéré. Périer et moi l'avons vu coïncider avec un kyste de la région sus-hyoïdienne. Dolbeau a décrit comme grenouillette sanguine une tumeur érectile de la région.

Quoi qu'il en soit, la grenouillette est au nombre des tumeurs les plus sujettes à récidive, et l'on peut en juger par le nombre des procédés auxquels elle a donné naissance. Je ne ferai que mentionner l'*incision*, la *ponction simple ou avec le cautère actuel*, l'*introduction de tentes ou de bougies*, le *séton* employé par Physick, le *bouton à demeure*, conseillé par Dupuytren. Il reste à parler des injections irritantes, de l'extirpation et de l'excision, aidée ou non de la cautérisation.

1° *Injections iodées.* — Bouchacourt, après avoir évacué la tumeur à l'aide d'un petit trocart, y faisait des injections de teinture d'iode.

Seulement il faut être averti de deux choses. Premièrement, le liquide est quelquefois si épais qu'il ne saurait s'écouler par la canule du trocart; il faut alors faire avec le bistouri une incision suffisante. Deuxièmement, il est à propos de pousser d'abord une ou deux injections avec de l'eau tiède pour laver les parois du kyste, et les débarrasser des restes du liquide visqueux qui empêcherait l'injection iodée d'agir avec autant d'efficacité. Du reste, l'injection soit de vin, soit de teinture d'iode est le plus souvent, sinon à peu près constamment, inefficace.

2° *Extirpation.* — Déjà conseillée par Celse, puis rejetée mal à propos comme trop redoutable, elle a été pratiquée par Malgaigne plusieurs fois. On commence par exciser la partie supérieure du kyste, selon le procédé ordinaire; puis, saisissant la paroi interne avec des pinces, on cherche à la séparer de la muqueuse d'abord, puis du plancher de la bouche, soit par des tractions ménagées, soit en la disséquant avec le bistouri ou les ciseaux.

On comprend que l'extirpation complète enlève toute chance de récidive, et qu'en laissant même quelques lambeaux, sur lesquels on passe le nitrate d'argent, la guérison radicale est plus assurée encore que par tout autre procédé. Malheureusement ce procédé est peu applicable parce qu'on s'expose en attaquant la paroi profonde à voir survenir des hémorrhagies. C'est ce que j'ai vu arriver entre les mains de Malgaigne et l'hémorrhagie en raison de son siège a été fort difficile à arrêter.

3° *Excision. Procédé de Jobert.* — Il commence par disséquer la muqueuse buccale sur la face antérieure de la tumeur, en

faisant d'abord une incision transversale qui ne divise que cette membrane. On saisit l'un des bords de la muqueuse avec des pinces à dents de souris; quelquefois une traction légère suffit pour la décoller; sinon on la dissèque avec le bistouri dans une étendue en rapport avec le volume de la tumeur, et l'on en retranche les lambeaux avec des ciseaux courbes. On ouvre alors la tumeur en travers, en faisant une ponction avec le bistouri, et achevant l'incision avec les ciseaux. Il en résulte deux lambeaux de la paroi propre du kyste; le chirurgien relève avec des pinces le lambeau supérieur, et le réunit par deux ou trois points de suture entrecoupée avec la portion correspondante de la muqueuse buccale. Il en fait de même pour l'autre lambeau; ainsi se trouve formée une large ouverture, qui livre passage au liquide sécrété par le fond du kyste, et qui résiste à la rétraction, puisque la muqueuse la tapisse dans tous ses points. Cependant Sédillot dit avoir employé deux fois ce procédé sans succès, à raison de la rétraction et de l'oblitération de l'ouverture.

Procédé ordinaire. — La tumeur étant soulevée avec des pinces à disséquer ou avec une égrigne, on commence par faire avec un bistouri droit une incision en demi-lune, à convexité externe, sur presque toute la face gingivale de la tumeur; et saisissant le lambeau ainsi taillé, on le détache à coups de ciseaux, de telle sorte que le plancher de la bouche soit de niveau avec le fond du kyste. A peine y a-t-il de la douleur, et quelques gouttes de sang qui s'écoulent; la plaie guérit d'elle-même et sans aucun pansement.

L'excision partielle n'assure pas contre la récidive; ses bords, en se rétractant, menacent de se réunir et de reproduire le kyste. Pour prévenir ce résultat, on cautérise fortement le fond du kyste avec le crayon de nitrate d'argent, de manière à remplacer la tunique interne par un tissu inodulaire, qui se rétracte dans toute son étendue aussi bien que celui des bords de l'excision.

II. — Section du filet de la langue.

Anatomie chirurgicale. — Le frein de la langue, qu'on nomme filet, lorsqu'il s'étend trop loin sur la face inférieure de cet organe ou qu'il est trop étroit de haut en bas, est formé quelquefois d'un simple repli de la muqueuse; mais dans d'autres cas la muqueuse

est doublée par un repli de l'aponévrose du plancher buccal. Il faut noter en outre qu'au point où il s'insère à la langue, immédiatement au-dessus de lui, se rencontrent les veines ranines qu'on aperçoit par transparence, qui suivent la direction de la langue même.

Procédé opératoire. — L'enfant assis, la tête renversée sur sa nourrice, un aide lui pince le nez pour le forcer à ouvrir la bouche. Le chirurgien lui soulève la langue avec le pouce, et l'indicateur de la main gauche, en tournant la paume de la main du côté du nez de l'enfant, tandis qu'avec la main droite armée de ciseaux mousses il divise le frein d'un seul coup, en ayant soin de diriger la pointe de l'instrument en bas, et le plus loin possible de la langue.

Si les doigts ne peuvent être introduits sans masquer les objets, on a recours à la sonde cannelée. On engage le filet dans la rainure de la plaque de cette sonde; on relève fortement la langue, et la section se fait à l'ordinaire. La plaie n'exige aucune précaution; et lorsque le filet est très-mince, les mouvements de l'organe en préviennent la réunion. Mais lorsqu'il est plus épais, les adhérences sont plus faciles, et il faut veiller avec soin à ce qu'elles ne se reproduisent point.

Les accidents qui peuvent survenir sont : 1° le renversement de la langue dans le pharynx, observé trois fois par J.-L. Petit, et qui étoufferait l'enfant si l'on ne ramenait l'organe à sa position normale : mais ce cas est très-rare; 2° l'hémorrhagie, quand on a lésé les veines ranines. Il importe d'autant plus de la reconnaître et de la réprimer, que l'enfant excité par la présence du sang dans la bouche opère des mouvements de succion et de déglutition continus, qui entretiennent l'écoulement. On conseille, pour y remédier, de toucher la veine lésée avec un morceau de sulfate de cuivre ou avec un stylet chauffé à blanc. J.-L. Petit le comprimait à l'aide d'un appareil fort compliqué et fort incommode. Si la pression avec les doigts ne suffisait pas pour arrêter l'hémorrhagie, il serait beaucoup plus simple de fermer la plaie de la veine avec un point de suture entrecoupée.

Cette opération était fort souvent pratiquée à la fin du siècle dernier. Elle trouve rarement des indications précises, et, pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion de la pratiquer.

III. — Du bégaiement.

Le traitement du bégaiement doit être rayé du cadre de la médecine opératoire. Quelques mots sont nécessaires pour justifier cette opinion.

Le bégaiement est caractérisé par la répétition convulsive d'une même syllabe; ou par un arrêt également convulsif devant une syllabe, que le malade prononce ensuite comme dans une sorte d'explosion. Il s'y joint assez souvent une excrétion anormale de salive. Il ne faut pas confondre le bégaiement avec le balbutiement qui est souvent lié à une affection cérébrale telle qu'une hémorrhagie ou du ramollissement.

Dans une première période, qui commence à 1817 avec Itard, le traitement fut en quelque sorte mécanique. Itard faisait déclamer le bégue pendant que la langue était refoulée en arrière avec une petite fourche qui embrassait le filet. Madame Leigh et Malebouche dont la méthode, qui procura quelques succès, fit l'objet d'un rapport de Magendie, faisaient parler le bégue en lui faisant appliquer la langue contre la voûte palatine. Serre (d'Alais) employait un moyen assez original; il faisait scander, chaque syllabe, mais quand le bégaiement était fort prononcé il faisait tirer le bégue par le bras à chaque syllabe, puis à chaque mot et enfin au commencement de chaque phrase.

Bien que Fabrice de Hilden eût guéri son frère utérin par la section du frein de la langue, on peut dire que la période chirurgicale commença à 1841, époque à laquelle Dieffenbach adressa à l'Institut sa lettre sur les opérations applicables à la cure du bégaiement.

Dieffenbach faisait la section transversale de la racine de la langue en enlevant de haut en bas un morceau triangulaire de 18 millimètres, dont la base était tournée en haut. Amussat faisait la section du frein et de l'aponévrose et mettait à nu les génio-glosses; Baudens pratiquait à ciel ouvert avec des ciseaux la section des muscles près de leur insertion aux apophyses *geni*. Bonnet sectionnait également ces muscles, mais par la méthode sous-cutanée. Tout d'abord on eut des succès, mais bientôt vinrent les insuccès, puis les revers. Dieffenbach vit mourir un étudiant de Berlin qu'il avait opéré; Guersant vint affirmer qu'on n'avait eu à Paris que des demi-succès, et pas un seul succès

complet, pour lui il n'avait obtenu aucune amélioration sérieuse. Enfin Philippe, bien qu'élève de Dieffenbach, dans son livre sur la ténatomie sous-cutanée, proteste contre les opérations et montre que la méthode ne mérite pas l'enthousiasme qu'elle avait rencontré tout d'abord; aussi, dès la fin de 1841, l'opération commence à être abandonnée et Bonnet (de Lyon) qui lui resta le plus longtemps fidèle, ne put, malgré ses efforts et son exemple, la sauver d'un abandon complet. Aussi, ce n'est pas sans étonnement qu'on voit Oré (de Bordeaux), dans l'article BÉGAÏEMENT du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, vanter la méthode de Bonnet et recommander l'opération. L'étonnement augmente encore quand on s'aperçoit que l'auteur de l'article n'a jamais fait l'opération dont il se fait le champion et qu'il ne paraît même pas avoir traité de bégues.

Aujourd'hui, les méthodes physiologiques ont complètement remplacé les méthodes chirurgicales. La méthode physiologique qu'on pourrait appeler gymnastique est assez bien caractérisée dans sa théorie par cette phrase de Jourdan, ouvrier mécanicien, qui fut l'un des assez nombreux auteurs de procédés de cette nature et qui fut l'instigateur des travaux de Becquerel, lequel se crut guéri après 12 jours de traitement, alors que pendant 12 ans il avait eu recours, sans succès, à l'emploi d'autres procédés relevant de la même méthode. « Le bégaiement, dit Jourdan, est dû à ce qu'on use en soufflé, et non en son, l'air qu'on a dans la poitrine. »

Nous n'avons pas à donner ici la description, ni même l'énumération de moyens de traitement qui ne relèvent pas de la médecine opératoire. Les méthodes de Colombat, de Chervin, ont été fort judicieusement appréciées dans un rapport de Moutard-Martin à l'Académie de médecine en 1875; le bégaiement a été l'objet d'un excellent article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous ne pouvons qu'y renvoyer ceux qui désirent étudier cette question. Quant à nous, il nous suffit de dire que nous ne pouvons logiquement décrire des opérations qui nous paraissent inutiles, dangereuses, et doivent être abandonnées.

IV. — Des tumeurs et des dégénérescences de la langue.

La langue est sujette à des tumeurs et à des ulcérations de nature fort diverse : scrofuleuses, syphilitiques, cancéreuses et épithéliales. Toutes ces dégénérescences varient encore de forme, de siège et d'étendue. Tantôt c'est une tumeur ne tenant à la langue

que par un étroit pédicule; tantôt une ulcération superficielle et occupant une large surface; tantôt une tumeur enkystée dans l'intérieur de l'organe; ou bien le tissu de l'organe est envahi à une plus ou moins grande profondeur, soit à la pointe, soit sur les côtés, soit à la base; enfin l'altération ne se borne pas à la langue, et s'étend au pilier du voile ou au plancher buccal. Certes la nature de l'affection doit être prise en grande considération, et pour le pronostic, et quelquefois même pour le choix des procédés; toutefois, comme la plupart des procédés sont les mêmes pour toutes les tumeurs, il m'a paru convenable de les réunir dans une description générale.

On a appliqué aux tumeurs de la langue l'*excision*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire*, et même la *cautérisation*. Mais la cautérisation par les caustiques trouve à peine à s'appliquer sur de très petites surfaces, à cause du danger de les avaler dissous dans la salive; et le cautère actuel n'est bon tout au plus qu'à détruire quelque point suspect très-limité ou à réprimer une hémorragie. Il ne sera donc ici question que des trois autres méthodes.

I. EXCISION. — Quand il s'agit d'une petite tumeur supportée par un pédicule, on coupe tout simplement le pédicule d'un coup de ciseaux. Si le mal a des racines plus profondes, on le cerne par deux sections en V, comme on fait pour le cancer de la lèvre.

Les tumeurs enkystées siégeant dans l'intérieur de la langue n'y adhèrent en général que par un tissu cellulaire lâche; on peut alors les mettre à découvert par une incision suffisante, et les extraire par énucléation.

Si le mal va plus loin, le premier soin doit être d'attirer et de retenir la langue à l'extérieur, afin de manœuvrer librement; le mieux est d'employer à cet effet des pinces érigées ou des pinces de Museux. Ceci fait, le chirurgien se comporte selon le siège, la profondeur et l'étendue du cancer. Louis, pour un cancer de la partie antérieure, voulait qu'on l'enlevât par une section complète en travers, à l'aide du bistouri. Boyer préférerait une incision en V avec les ciseaux, comprenait tout le cancer dans un lambeau triangulaire à sommet postérieur; après quoi il rapprochait les deux bords de la division par la suture entrecoupée, de manière à conserver à l'organe sa forme en pointe. Sédillot a remarqué toutefois que la suture entrecoupée expose à la section des tissus avant leur réunion, et conseille de préférence la suture enchevillée.

Si toutefois le mal s'étendait jusqu'au centre de l'organe, et