

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



surtout vers sa face inférieure où se trouvent les deux artères linguales, il serait imprudent d'affronter une hémorrhagie qui pourrait devenir difficile à réprimer; on doit commencer par lier l'une des artères linguales, si le cancer ne siège que d'un côté, et toutes les deux lorsqu'il s'étend d'un côté à l'autre.

Enfin, quand la tumeur s'étend en arrière jusque près de l'os hyoïde, et aussi quand le plancher buccal est tellement envahi que les arcades dentaires ou alvéolaires nuiraient au libre jeu des instruments, deux procédés très différents ont été imaginés par Regnoli et par Sédillot.

*Procédé de Regnoli.* — Dans un cas où la langue était prise jusqu'à sa base par une tumeur scrofuleuse, Regnoli fit aux téguments du cou une incision médiane, allant du menton à l'os hyoïde; puis une autre incision transversale, coupant le sommet de la première pour se terminer en longeant la base de la mâchoire au bord antérieur du masséter, et figurant ainsi une incision en T. Les deux lambeaux disséqués, il plongea un bistouri droit de bas en haut, derrière la symphyse du menton, pour le faire sortir au-dessus du plancher buccal, coupa les attaches des génio-glosses, génio-hyoïdiens, digastriques et mylo-hyoïdiens, en rasant la face interne de l'os de chaque côté jusqu'aux piliers antérieurs. Le plancher buccal étant ainsi entièrement détaché en avant et sur les côtés, l'opérateur, saisissant avec des pinces de Museux la pointe de la langue, l'attira par cette énorme brèche en avant du cou, au-dessous du menton; embrassa dans deux ligatures toute la base de la tumeur, et excisa avec précaution tout ce qui s'y trouvait en avant des ligatures, prêt à lier toute artère ouverte. Aucun vaisseau ne donna; à peine y eut-il sur le moignon un petit écoulement en nappe, qu'on arrêta à l'aide de deux ou trois boutons de feu. On ne rapprocha les parties qu'incomplètement, pour faciliter l'écoulement du pus; le plancher buccal n'en fut pas moins entièrement réuni le quarante-sixième jour.

*Procédé de Sédillot.* — On pratique sur la ligne médiane la section verticale de la lèvre inférieure, en prolongeant l'incision des téguments jusqu'au niveau de l'os hyoïde; puis on divise la mâchoire inférieure également sur la ligne médiane. Les bords de l'os écartés permettent de porter les instruments à une grande profondeur, et de disséquer surtout avec une grande facilité les dégénérescences du plancher buccal. L'excision terminée, on

réunit la plaie des parties molles par suture, et on maintient la mâchoire immobile jusqu'à parfaite consolidation.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'opération par ce procédé et j'ai pu constater qu'il permet d'arriver facilement sur la base de la langue. Toutefois il faut ajouter que la réunion osseuse est assez souvent difficile à obtenir. Malgré la suture métallique réunissant les deux moitiés du maxillaire, il se passe entre elles quelques mouvements; de plus les liquides sécrétés par la bouche baignent la plaie osseuse et s'opposent à une réunion rapide. Cette réunion j'ai fini par l'obtenir dans tous les cas, mais assez souvent après l'expulsion d'un séquestre, portant sur l'un des bords de la surface osseuse sectionnée.

Pour mieux affronter les fragments osseux, Sédillot a modifié son procédé et a pratiqué la section de l'os par deux traits de scie obliques, représentant un > couché horizontalement, afin d'engrener plus tard l'angle saillant d'un fragment dans l'angle rentrant de l'autre. Cela me paraît compliquer l'opération préliminaire. Je préfère donc le procédé primitif.

II. LIGATURE. — Pour toute la partie libre de la langue, la voie la plus courte est de porter les ligatures par la bouche; pour la base de l'organe, comme elle repose sur l'os hyoïde, la voie la plus directe est la région sus-hyoïdienne.

1<sup>o</sup> *Ligature par la bouche. Procédé de Mayor.* — Il consiste à isoler les parties malades au moyen d'une ligature passée avec une ou plusieurs aiguilles à travers l'organe. Ainsi, dans un cas où la moitié de la langue devait être emportée, il l'attira au dehors à l'aide d'une érigne; un bistouri la traversa de haut en bas sur la ligne médiane, du frein jusqu'à la base, et, en le ramenant en avant, la langue se trouva divisée en deux portions latérales; puis la moitié malade fut embrassée par une ligature serrée avec un tourniquet à cabestan.

Ce procédé se rattache autant à l'excision qu'à la ligature, et assurément celle-ci peut être mise en œuvre par des moyens beaucoup plus simples. Récamier, par exemple, a détruit un cancer occupant tout un côté de la langue à l'aide de la ligature à anses, imitation d'un procédé général donné par Mayor lui-même.

*Procédé de Récamier.* — On porte une aiguille courbe armée d'un fil double près de l'extrémité la plus profonde de la tumeur;



on la traverse de bas en haut ; puis, un peu plus en avant, on la traverse de haut en bas, en prenant soin que les fils cernent bien tout le mal et ne passent que dans les tissus sains. On coupe alors le fil de manière à avoir deux anses : l'une qui étreindra la portion postérieure de la tumeur ; l'autre qui agira de même sur la portion antérieure. Si deux anses ne suffisent pas, on en place ainsi trois, quatre, cinq, six, soit avec la même aiguille, soit avec des aiguilles différentes, et l'on serre chaque anse à part, conséquemment, avec autant de serre-nœuds que de ligatures.

Ce procédé offrirait de très grandes difficultés si le cancer se prolongeait beaucoup en arrière. A. Richard, dans un cas de ce genre, n'a pas hésité à fendre la joue en travers pour faciliter l'opération, ressource exceptionnelle sans doute, mais qui au besoin ne serait pas à dédaigner.

2° *Ligature par la région sus-hyoïdienne. Procédé de J. Cloquet.* — Ayant également à détruire une moitié de la langue, Cloquet fit une petite incision au-dessus de l'os hyoïde ; par cette incision il plongea une aiguille courbe montée sur un manche, laquelle vint sortir sur la ligne médiane de la langue près de sa base ; la courbure de l'aiguille fit que la pointe se rapprocha naturellement des dents. Cette pointe était munie d'un chas par lequel on passa deux ligatures ; en retira alors l'aiguille avec les deux liens, en sorte que l'une des extrémités de ceux-ci sortait par la plaie et l'autre par la bouche. L'aiguille fut enfoncée de nouveau par la plaie, et vint cette fois sortir sur le frein de la langue ; on passa dans son chas les deux chefs restés dans la bouche, qui furent à leur tour ramenés par la plaie du cou. Les quatre chefs ainsi pendant au dehors, il y avait donc dans la bouche deux anses de fil ; l'opérateur en serra une sur la ligne médiane de la langue, après avoir fait à sa pointe une incision d'avant en arrière, pour y engager le fil ; avec l'autre il embrassa le côté externe de la langue, et ainsi la portion malade se trouva totalement étreinte et isolée des portions saines.

Il y a un autre mode de ligature qui empêche seulement la tumeur de recevoir le sang accoutumé, et qui tend à l'atrophier plutôt qu'à procurer la gangrène ; c'est le procédé suivant.

*Procédé de Mirault (d'Angers).* — Il s'agissait d'une tumeur ulcérée, occupant les deux tiers antérieurs de la langue. L'opérateur fit sur la ligne moyenne du cou une incision depuis un travers de doigt au-dessous du menton jusqu'à l'os hyoïde. Faisant alors tirer fortement la langue hors de la bouche, à l'aide d'une

grande aiguille courbe portée dans la plaie, il traversa l'organe à sa base sur la ligne médiane, fit ressortir l'aiguille par la bouche, et la replongea de haut en bas par la bouche même sur le bord gauche de la langue, pour la faire ressortir par la plaie du cou. Ainsi une moitié de la langue se trouva étreinte à sa base dans une anse de fil, dont les deux chefs pendant par la plaie furent serrés au moyen d'un serre-nœud. La ligature tomba le neuvième jour, après avoir divisé les parties qu'elle embrassait ; il en appliqua une seconde de la même manière sur l'autre côté. Celle-ci tomba à son tour ; mais en même temps on vit la tumeur diminuer, et deux mois et demi après il n'en restait plus aucune trace ; les parties divisées de la langue s'étaient d'ailleurs réunies d'elles-mêmes.

Il est remarquable que Mirault, croyant avoir affaire à un cancer, voulait emporter la tumeur, quand l'amélioration survenue l'engagea à s'arrêter. Il croit encore avoir guéri le cancer par atrophie : il me paraît beaucoup plus probable que la tumeur était de nature scrofuleuse, comme celle de Regnoli.

Du reste, pour arriver au même résultat, Vidal (de Cassis) avait proposé une grande aiguille droite montée sur un manche, et percée d'un chas à son extrémité. Le chas enfilé d'une longue anse de fil, on enfonce l'aiguille au-dessus de l'os hyoïde jusqu'à ce qu'elle ait traversé la langue sur la ligne médiane ; alors, avec une pince à disséquer, on attire l'un des bouts de l'anse que l'on fait sortir par la bouche. L'aiguille est ramenée en bas jusqu'au-dessous de la langue, puis repoussée en haut sur le côté de l'organe. On saisit et l'on attire dans la bouche le deuxième bout de fil, en le dégageant de l'aiguille ; celle-ci retirée, il reste une anse qui embrasse la moitié de la langue, et qu'on serre à l'intérieur de la bouche, sans avoir besoin d'entretenir la plaie du cou.

Enfin, pour éviter toute plaie de ce côté, Maingault a proposé de passer l'aiguille sous la langue et de bas en haut à travers sa base dans la bouche même.

III. *LIGATURE ÉLASTIQUE.* — La substitution à un fil inextensible d'un fil de caoutchouc pratiquée par Trousseau et A. Richard, vulgarisée par Grandesso Sylvestri et Dittel, constitue ce qu'on a appelé la ligature élastique. Le fil de caoutchouc se place de la même façon que le fil d'une ligature ordinaire ; il agit à la fois en interrompant la circulation dans la partie cernée par la ligature, et en déterminant plus rapidement l'ulcération à l'endroit où le fil est appliqué.



IV. ÉCRASEMENT LINÉAIRE. — Le point principal est de mettre en place la chaîne métallique, après quoi on la fait jouer à l'ordinaire suivant les règles établies (voy. tome I, p. 51).

Pour enlever la langue en totalité, on plonge au-dessus de l'os hyoïde et sur la ligne médiane une aiguille légèrement courbe, assez large pour frayer le passage à la chaîne, et qui vient sortir sur l'une des rainures latérales qui séparent les côtés de la langue du plancher de la bouche; elle entraîne à sa suite un fil solide et la chaîne attachée à ce fil; on reporte ensuite la même aiguille de l'autre côté de la langue, pour la plonger de haut en bas et la

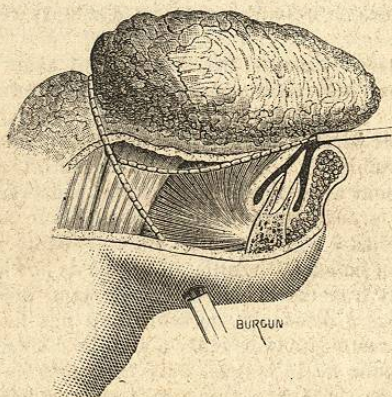


FIG. 527.

Extirpation de la langue dans sa totalité.

faire sortir au-dessous de l'os hyoïde par le point où elle était d'abord entrée; la langue se trouve ainsi étreinte dans une anse métallique, dont les deux bouts sortent par la plaie du cou, et qui doit servir à la diviser en travers. Ceci fait, on engage facilement par la bouche une autre anse, qui embrasse horizontalement tout ce qui reste des attaches de la langue au plancher buccal (fig. 527).

Pour l'ablation d'une moitié latérale, on fait relever la langue; à sa face inférieure, on plonge une aiguille qui devra ressortir en haut et en arrière de la ligne médiane; et on dispose l'anse métallique de manière à diviser l'organe directement d'arrière en avant. Une autre aiguille, attaquant la langue par sa partie latérale et inférieure, est enfoncée de bas en haut pour

sortir par le point d'émergence de la première, et conduit une nouvelle chaîne qui devra couper en travers la moitié suspecte de l'organe. Il n'y a plus alors à diviser que les attaches inférieures, ce qui s'accomplit aisément à l'aide d'une troisième chaîne métallique.

On comprend qu'une tumeur partielle de la langue serait attaquée de la même manière, comme avec les ligatures simples: il ne s'agit que de substituer à celle-ci la chaîne métallique.

V. LIGATURE GALVANO-CAUSTIQUE. — Ce procédé s'applique de la même façon que l'écrasement linéaire, en substituant un fil de

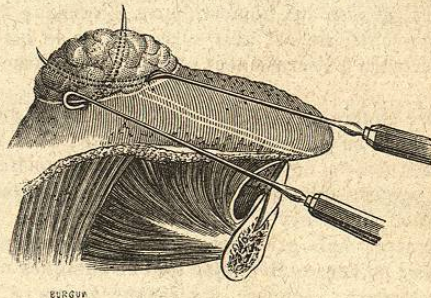


FIG. 528.

Extirpation d'une tumeur de la langue.

platine à la chaîne de l'écraseur. Il faut avoir soin de ne pas élever trop fortement la température de l'anse, car elle cesserait d'être hémostatique.

Pour l'ablation d'une portion de la langue située vers sa base, je me suis servi du procédé suivant: le cancer siégeait sur la partie profonde et latérale gauche; un ténaculum fut enfoncé d'avant en arrière sous la tumeur, sa pointe reparaisant dans l'arrière-gorge; d'autre part, une aiguille à manche, courbée latéralement comme l'aiguille de Deschamps, fut enfoncée transversalement sous la tumeur de la partie latérale droite de la langue vers son milieu, la pointe faisant saillie sur le dos de la langue. J'avais donc ainsi deux aiguilles placées en croix comme on le fait pour la ligature des tumeurs superficielles (voy. tome I, p. 41) qu'on veut pédiculer. Il me fut facile de passer sous les deux aiguilles un fil de platine, qui retenu et guidé par les aiguilles



pédiculisa d'abord la tumeur et la sectionna avec la plus grande rapidité et sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, après que j'eus fait rougir le fil par le passage du courant (fig. 528).

*Appréciation.* — La ligature de la linguale tentée plusieurs fois pour atrophier des cancers de la langue n'a donné et ne pouvait donner aucun bon résultat. La cautérisation en flèches amène de longues et violentes douleurs et l'application d'un caustique dans la cavité buccale n'est pas sans de sérieux inconvénients.

L'excision par le bistouri, longue, laborieuse, même quand on a pratiqué la section du maxillaire, dont on écarte les parties latérales, expose aux hémorrhagies. L'excision avec le couteau galvano-caustique est plus sûre qu'avec le bistouri, mais elle est inférieure à l'écrasement et à l'excision avec l'anse galvanique.

La ligature simple avec le serre-nœud de Mayor ou tout autre analogue expose au gonflement de la langue; c'est un procédé long dans son action, douloureux et qu'on a complètement abandonné. La ligature élastique ne saurait être pratiquée que par ceux qui préfèrent un moyen mauvais, mais nouveau, à un moyen connu, vulgaire, mais excellent; elle fait en quelques jours ce que l'écraseur ou l'anse galvanique font en quelques minutes sans qu'aucun avantage compense ces inconvénients. L'écrasement linéaire, facile et sûr dans son emploi, serait le moyen par excellence, s'il n'était inférieur à l'anse galvano-caustique, plus facile à placer, plus rapide dans son action, plus sûre même sous le rapport de l'hémorrhagie.

Lorsque l'opération doit retrancher une partie notable de la langue, on ne peut agir avec sécurité qu'après avoir mis la langue bien à découvert. J'ai toujours eu recours au procédé de Sédillot qui me paraît plus facile que celui de Regnoli et surtout plus sûr.

L'ablation des cancers de la langue est une des opérations qui donnent au chirurgien le moins de satisfaction. Lorsque le cancer n'a envahi qu'un point limité de la surface ou des bords de la langue, dans ce qu'on pourrait appeler la partie cornée, on peut espérer la guérison et j'en ai obtenu deux qui sont restées permanentes; mais, lorsque la surface muqueuse lisse, inférieure, le plancher buccal ou une partie notable de la langue est atteinte, la récurrence est certaine et l'opération inutile. Beaucoup d'épithéliomas de la langue ont pour origine l'irritation, l'ulcération du bord de la langue par une dent irrégulièrement

brisée, détruite par une carie; il faut donc veiller avec soin à faire disparaître une cause d'irritation, qui peut amener la maladie première et provoquer la récurrence après l'opération.

## ARTICLE V

## OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES AMYGDALES.

## I. — Excision des amygdales.

Il faut se rappeler que les amygdales sont en contact par leur face externe avec la carotide interne; mais l'instrument en restera toujours assez éloigné pour prévenir toute crainte, pourvu que la lame agisse parallèlement à la paroi externe de la bouche.

*Procédé par le bistouri.* — Le malade est assis en face du jour. Le chirurgien accroche l'amygdale avec des pinces de



FIG. 529.

Bistouri à amygdalotomie.

Museux, la dégage d'entre les piliers par un mouvement de traction modéré; et tenant ces pinces de la main gauche, prend de l'autre main un bistouri droit, étroit, boutonné, et garni de linge jusqu'à trois centimètres de son extrémité. Il conduit ce bistouri entre l'épigne et la langue sous la base de l'amygdale jusqu'au delà de sa face postérieure, tourne alors le tranchant en haut, et coupe en plein dans la glande par des mouvements de scie, en agissant parallèlement à la paroi externe de la bouche, et de manière à détacher d'un seul temps toute la portion excédante de la tumeur. On retire ensemble le bistouri et les pinces de Museux, avec la masse excisée entre leurs griffes.

Quelques chirurgiens veulent que l'incision soit faite de haut en bas, pour éviter de blesser le voile du palais. Richter, craignant d'autre part pour la langue, incisait d'abord de haut en bas, puis de bas en haut, et finissait par la partie moyenne. Tant de précaution n'est pas nécessaire; et l'incision de bas en haut, n'ayant guère d'autre avantage que de ne pas masquer les parties avec le sang qui s'écoule, peut très bien être remplacée par l'incision de haut