

comme bien préférable mon procédé à tiroir, également conseillé pour la lèvre inférieure; ce procédé a été appliqué depuis lors par nombre de chirurgiens. Il a été suffisamment décrit dans l'article précédent.

Lorsque toutefois le cancer s'étend si loin qu'on ne pourrait ramener les lambeaux latéraux jusqu'au centre, dès 1853 j'ai proposé de les tailler verticalement, en les laissant adhérer par en haut, et de les ramener sur les os maxillaires par une rotation égale seulement à un quart de cercle. C'est ce procédé que M. Sédillot a mis en usage pour la lèvre inférieure.

Art. II. — Opérations pratiquées pour des lésions de la joue.

1° Génoplastie.

Franco est le premier qui ait restauré une joue presque entièrement perdue. Il *fendit la peau*, dit-il, *contre l'oreille, et contre l'œil, et contre la mâchoire inférieure*, et disséqua les téguments de tous côtés jusqu'à ce qu'il pût en affronter les bords. Il est probable qu'il avait ainsi taillé plusieurs lambeaux, comme dans les procédés à tiroir. J.-N. Roux, dans un cas moins grave, s'est contenté de disséquer les bords de la solution de continuité, sans tailler de lambeaux. On pourrait également recourir aux procédés par inclinaison. Mais dans les larges pertes de substance, peut-être aucun procédé n'offre autant de ressources que celui de Lallemand, qui se rattache à la méthode indienne.

Procédé de Lallemand. — Les bords de la perte de substance étant vivés, le chirurgien trace sur le cou la figure du lambeau dont il a besoin, en lui donnant un tiers de plus en largeur que la plaie à recouvrir. Ce lambeau doit être pris sur le côté du cou, au-dessous de la mâchoire et au-devant du muscle sterno-mastoïdien; il est donc oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et son pédicule, large de 3 centimètres, doit être situé près de la plaie, avec laquelle il se continue par son bord antérieur et supérieur. On le dissèque avec soin en lui laissant toute l'épaisseur possible, sans intéresser cependant la veine jugulaire externe, ni les rameaux du plexus cervical. La dissection achevée, on le conduit doucement, par un mouvement d'arc de cercle, et sans tordre son pédicule, jusque sur la plaie qu'il doit complètement recouvrir, et aux bords de laquelle on le fixe par des points de suture entrecoupée. Les bords de la perte de sub-

stance faite au cou sont, autant que possible, rapprochés de la même manière.

2° Resserrement cicatriciel des mâchoires.

Cette affection succède généralement à de larges ulcérations de la muqueuse qui revêt l'intérieur des joues; à mesure que la cicatrice s'y forme, elle rapproche les deux mâchoires au point de rendre leur écartement impossible.

La première idée a été de couper la cicatrice en travers, et d'introduire entre les deux arcades dentaires un coin de bois pour les tenir écartées durant la cicatrisation nouvelle. Mais, à mesure que celle-ci s'opère, la rétraction du tissu inodulaire suit son cours, et rapproche les mâchoires au même degré qu'auparavant. V. Mott a coupé en travers toute l'épaisseur de la joue avec la cicatrice; je ne sais, en vérité, dans quelle espérance. J'ai essayé de déterminer une cicatrice plus longue en plaçant une plaque de bois en dehors de l'arcade dentaire, et je n'ai pas mieux réussi.

Enfin, en 1840, M. Carnochan ayant vainement essayé d'abaisser la mâchoire après la section des cicatrices, fractura l'os, et essaya d'obtenir une pseudarthrose; mais après trois semaines d'un succès apparent, la fracture entra dans la voie de la consolidation. Il en conclut que ni la fracture ni la section ne suffiraient, et qu'une résection serait nécessaire. Cette idée a fait son chemin depuis. Je ne m'arrêterai pas à un malheureux essai tenté en 1853 par M. Bruns, qui fit la résection sur la branche de l'os, en arrière de la cicatrice. Dès 1854, M. Essmarch avait posé l'indication de la pratiquer en avant, et cette indication a été réalisée par M. Wilms en 1858, et M. Dittl en 1859. D'un autre côté, M. Rizzoli avait réussi dès 1857 par la section simple. Nous avons donc à rendre compte des deux procédés.

1° Section de l'os. Procédé de M. Rizzoli. — Il commence par détacher la lèvre inférieure des gencives et de l'os, et par la rabattre au-dessous du menton, suivant mon procédé (voy. p. 220); puis il glisse au-dessous et en arrière de l'os l'une des lames de fortes cisailles, et opère la section d'un seul coup. A l'instant, selon l'auteur, les deux fragments *s'écartent*; chez son premier opéré, l'écartement alla à *près d'un demi-pouce*. On introduit entre eux de la charpie pour les faire cicatriser à part, et l'on ajoute un coin de liège entre les arcades dentaires du côté mobile, pour mieux assurer l'écartement.

M. Rizzoli a opéré ainsi trois sujets de douze, quinze et vingt-

trois ans, toujours avec un plein succès. Je dois dire toutefois que je ne me fais pas une juste idée de cet écartement allant à un demi-pouce, et permettant aux surfaces osseuses de se cicatriser à part; est-ce un déplacement de haut en bas, ou en travers, avec ou sans chevauchement? Les observations laissent ce point dans une regrettable obscurité.

2° Résection. *Procédé de M. Wilms.* — Le sujet était un garçon de seize ans, qui offrait en même temps une large perte de substance à la joue. La mâchoire fut d'abord divisée avec la scie à chaîne, au niveau de la deuxième grosse molaire, puis avec des cisailles au niveau de la première petite molaire, de manière à enlever un fragment de 3 centimètres de longueur.

M. Dittl a fait une résection du même genre, mais portant seulement sur un segment de *trois lignes*, et quatre mois après, la mobilité s'était bien maintenue.

La grande question ici est la durée de la mobilité obtenue. M. Verneuil a posé la question à M. Rizzoli, qui a répondu qu'elle s'était maintenue chez ses trois malades.

Cela est bien beau, et nul doute dès lors que le procédé par section ne méritât une préférence absolue; mais j'ai vu à cet égard des illusions si étranges, que je ne peux me défendre de quelque doute. M. Wilms a obtenu aussi un remarquable succès par sa résection; je ne sais donc comment M. Essmarch estime qu'elle n'a peut-être pas été portée assez loin. Que dire dès lors de celle de M. Dittl, qui n'équivaut guère qu'à une simple section? En résumé, ces opérations semblent promettre à la chirurgie des ressources qui auparavant lui faisaient complètement défaut; mais avant de décider entre les procédés, il est prudent d'attendre encore si le temps confirmera définitivement leurs guérisons.

Art. III. — Opérations qui se pratiquent sur l'appareil salivaire.

1° Fistules du conduit de Sténon.

Anatomie. — Le conduit de Sténon peut être divisé en deux portions, l'une terminale, qui a été décrite par tous les auteurs, l'autre intraglandulaire, qui ne se révèle que par l'injection, et qui a été spécialement étudiée par M. Sappey. La portion intraglandulaire naît de la partie inférieure de la parotide, contourne le bord postérieur de la mâchoire, à l'union de son tiers moyen avec le tiers inférieur,

et remonte obliquement sur le masséter, jusqu'à un centimètre au-dessous de la partie antérieure de l'arcade zygomatique, où elle se continue avec la portion terminale.

Celle-ci marche d'arrière en avant, d'abord sur le muscle masséter; puis, à 8 ou 10 millimètres en avant de ce muscle, elle se recourbe en dedans à travers le tissu adipeux de la joue, perce le buccinateur, et se termine sans valvule à la muqueuse buccale, vis-à-vis la première ou la seconde grosse molaire, à 7 ou 8 millimètres au-dessous du point où la muqueuse buccale s'unit aux gencives. Sa direction est à peu près horizontale, un peu inclinée toutefois en bas et en avant, suivant une ligne étendue de la saillie du tragus à la commissure des lèvres. Son calibre va jusqu'à un millimètre et demi de diamètre, mais elle est rétrécie à son orifice. Elle a d'ailleurs des parois fort épaisses, et enfin elle est longée ordinairement par l'artère faciale transverse, et par un rameau volumineux du nerf facial.

Les fistules du conduit de Sténon se présentent dans deux conditions très diverses; tantôt la portion buccale du conduit demeure ouverte, ce qui paraît tenir à ce que le conduit lui-même n'a pas été divisé en totalité; tantôt cette portion est oblitérée, soit au niveau de la solution de continuité, soit dans toute son étendue. Comme le traitement varie essentiellement dans l'une ou l'autre condition, le premier soin du chirurgien doit être d'en fixer le diagnostic différentiel, à l'aide du cathétérisme.

Cathétérisme du conduit de Sténon. — Morand et Louis l'ont sondé par la fistule même, à l'aide d'un stylet d'Anel. Louis a vu le stylet arrêté par le coude que le canal décrit au moment où il se recourbe pour traverser le buccinateur et la muqueuse; on fait disparaître cet obstacle en tirant la commissure des lèvres en dehors, ce qui tend le conduit en ligne droite. Mais le bout du stylet porté dans la fistule ne tombe dans le conduit que par un heureux hasard, et s'il le manque, on ne serait pas en droit de conclure qu'il est oblitéré: c'est donc par la bouche qu'il faut le conduire.

On commence par tirer la commissure de la lèvre en dehors, comme il vient d'être dit, de manière à mettre en vue l'orifice du conduit, et à ramener celui-ci à une direction droite. On y porte alors le bout du stylet, d'abord un peu de dedans en dehors; et dès qu'il est entré, on l'enfonce horizontalement d'avant en arrière, dans la direction du tragus. Louis dit avoir tenté ce mode de cathétérisme sans succès; je n'ai rien trouvé pour moi de plus facile; et, à défaut du stylet d'Anel, j'ai même pu sonder le conduit avec une

épingle à insectes introduite par la tête. Lorsqu'on est arrêté, on mesure de l'œil d'abord si l'espace parcouru répond à celui qui sépare l'orifice interne et la fistule; on peut aussi sentir au fond de la fistule la saillie du stylet soulevant les chairs; mais un autre moyen plus sûr encore est de sonder le conduit sain; le stylet y pénètre beaucoup plus profondément, d'où l'on conclut que de l'autre côté il est arrêté par un obstacle anormal.

Il va sans dire que si la portion buccale du conduit était entièrement oblitérée, on ne pourrait en trouver l'orifice.

Exposons maintenant les règles du traitement.

I. FISTULES SANS OBLITÉRATION DU CONDUIT. — Quand la plaie est récente, comme lorsque le conduit vient d'être divisé par un coup de sabre, il suffit de réunir la plaie extérieure par un point de suture entortillée. On peut agir de même quand la plaie est déjà ancienne, mais avec la précaution préalable d'en rafraîchir les bords. Enfin, si la suture manque, on cherche à oblitérer la fistule par la coarctation du tissu inodulaire, en employant la cautérisation, soit au moyen du cautère actuel, soit par le nitrate d'argent.

Afin de favoriser la réunion, on avait proposé d'établir une compression sur la parotide même, ou sur le canal entre la fistule et la glande, pour empêcher la salive de passer. C'est une ressource bien faible et d'ailleurs assez peu rationnelle; la véritable indication est d'empêcher la sécrétion de la salive. On y parvient, autant que possible, en immobilisant la mâchoire, en nourrissant le malade avec des aliments liquides, et le tenant au silence le plus complet.

Quand enfin la fistule, très ancienne, laisse craindre que la portion buccale du conduit ne se soit rétrécie, une indication toute nouvelle est de la dilater. Morand le premier y fit passer une mèche composée de trois brins de fil; Louis l'imita en portant la mèche à 6 brins. La dilatation étant complète, on s'occupe de fermer la plaie extérieure par les moyens ordinaires; et les deux chirurgiens cités ont obtenu ainsi chacun un très beau succès.

II. FISTULES AVEC OBLITÉRATION DU CONDUIT. — Lorsque la portion buccale du conduit est oblitérée, il n'y a que deux ressources, ou bien ouvrir à la salive une voie nouvelle dans l'intérieur de la bouche, ou supprimer la salive en atrophiant la glande parotide.

1^o *Ouverture d'une voie nouvelle.* — Il s'agit d'abord de faire communiquer la fistule avec la bouche par une ouverture artificielle, puis d'empêcher cette ouverture de se fermer. Deroy traversait la

joue avec un petit cautère actuel, espérant que la chute de l'eschare laisserait une ouverture suffisante; d'autres ont pratiqué la perforation avec des instruments divers, une alène, un bistouri, un trocart, une aiguille; puis y ont tenu à demeure des corps dilatants, séton, corde à boyau, fil de plomb, canule, etc. Mais pour maintenir ces corps étrangers en place, il fallait, ou leur faire traverser la plaie extérieure, ou du moins les retenir à l'aide d'un fil sortant par cette plaie, ce qui était un obstacle à la cicatrisation. Deguise a eu l'heureuse idée de placer au fond de la fistule l'anse d'une sorte de séton, dont les deux bouts sortaient par la bouche, en laissant libre le trajet de la fistule; mais il avait choisi à cet effet un fil de plomb, qui exigeait pour son double passage un procédé assez compliqué. Ce fil de plomb a été avantageusement remplacé par un séton de fil ou de soie, dont les deux bouts peuvent se nouer dans la bouche; et enfin j'ai simplifié le procédé ainsi qu'il suit.

Procédé de l'auteur. — Le séton est enfilé de deux aiguilles ordinaires, qui sont portées tour à tour au fond de la fistule, pour sortir par la bouche à la distance jugée nécessaire.

On noue ensemble les deux bouts du séton, et, d'autre part, on avive et l'on réunit par suture les bords de la plaie extérieure. Quand celle-ci est bien cicatrisée, ou bien on retire le séton par la bouche, la salive pouvant s'écouler par ses deux ouvertures; ou bien on attend qu'il tombe de lui-même, après avoir détruit le pont qui sépare ces deux ouvertures et les avoir confondues en une seule.

M. Velpeau s'était demandé si l'on ne pourrait pas percer le conduit en arrière de la fistule, et établir ainsi une fistule interne sans communication directe avec l'autre, qui serait dès lors plus facile à fermer. M. Ribéri a réalisé cette idée de la manière suivante.

Procédé de M. Ribéri. — La joue saisie et tendue entre l'indicateur introduit dans la bouche et le pouce appliqué au dehors, on fait en arrière de la fistule une incision verticale parallèle au bord antérieur du masséter, et l'on divise les tissus à petits coups, de manière à mettre à nu le conduit de Sténon. On l'isole de l'artère et du nerf qui l'accompagne; on y applique une ligature, comme sur une artère, et on le coupe en travers, en arrière de la ligature. Puis, d'un coup de bistouri, on achève de perforer la joue; on fait passer le fil de la ligature dans la bouche, en lui laissant une longueur de 3 centimètres, et l'on réunit la plaie extérieure par la suture. Le fil laissé dans la bouche sert de conducteur à la salive

provenant du bout postérieur du conduit, et favorise la formation de la fistule interne; il tombe du seizième au vingt-cinquième jour; et au besoin on peut hâter sa chute par de légères tractions.

M. Ribéri a simplifié lui-même ce procédé de la manière suivante :

Le chirurgien, d'un seul coup de bistouri, perfore la joue à l'endroit indiqué, en divisant le conduit avec les autres tissus. Le doigt indicateur, porté dans la bouche, relève de dedans en dehors les bords de la petite plaie; on voit saillir le bout antérieur du conduit, qu'on saisit et qu'on lie. Le reste comme il a été dit.

Ne pourrait-on simplifier davantage encore, en coupant le conduit par la bouche, sans intéresser la joue? M. Ribéri en a eu l'idée, à laquelle il a renoncé à raison des difficultés d'exécution. Il ne paraît pas même toujours facile de découvrir le bout antérieur à travers la plaie du dehors. L'auteur cite un cas où, le conduit ayant été coupé par un coup de sabre, ses recherches furent vaines, et il dut se contenter d'appliquer sa ligature sur le tissu cellulo-graisseux ambiant. Le but n'en fut pas moins atteint; la plaie extérieure était fermée le cinquième jour, le fil tomba le quinzième, et la guérison fut parfaite.

Langenbeck avait proposé un autre procédé, consistant à disséquer et à isoler la portion postérieure du conduit, et à la ramener à l'intérieur de la bouche par une ouverture artificielle. L'idée est ingénieuse; mais l'opération offrirait de grandes difficultés, et je ne sache pas qu'elle ait été pratiquée.

2° *Atrophie de la glande parotide.* — Desault croyait pouvoir obtenir cette atrophie par la compression exercée sur la glande. Viborg a proposé un plus sûr moyen, qui consisterait à lier le conduit entre la glande et la fistule; des expériences faites sur les chevaux semblent prouver qu'on atteindrait ainsi le but sans graves inconvénients. M. Cl. Bernard a montré aussi que sur les chevaux, la simple section en travers du conduit suffit pour amener l'oblitération des deux bouts; la salive s'accumule alors dans le bout postérieur qu'elle distend d'une manière considérable; puis, dans l'espace de six semaines à deux mois, on voit la parotide s'atrophier progressivement. La section du conduit étant précisément la cause de la fistule chez l'homme, n'est même pas proposée; la ligature se présenterait donc comme une ressource extrême; mais jusqu'à présent elle n'a pas été tentée.

2° *Fistules de la glande parotide.*

On les a quelquefois confondues avec celles du conduit; ce qu'explique parfaitement la direction de la portion glandulaire de celui-ci. Peut-être, outre la position précise de la fistule, le cathétérisme aiderait-il à fixer le diagnostic.

On a employé contre ces fistules, avec des résultats à peu près égaux, la *cautérisation*, la *compression*, les *injections irritantes*, et enfin l'*excision*, qui consiste à comprendre l'ulcère entre deux incisions semi-elliptiques, qu'on réunit ensuite à l'aide de la suture entortillée.

3° *Extirpation de la glande parotide.*

Anatomie chirurgicale. — La parotide offre dans sa totalité en quelque façon la forme d'une pyramide irrégulière, dont la base ovale regarderait en dehors et le sommet en dedans. Recouverte par la peau et du tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondant, en haut elle est exactement limitée par l'apophyse mastoïde, la portion postérieure de la cavité glénoïde et l'articulation temporo-maxillaire; en arrière elle est longée par le muscle sterno-mastoïdien, dont elle est séparée par un tissu fibreux très dense qui sert à la fois de gaine d'enveloppe au muscle et de capsule à la glande; en bas elle descend à quelques millimètres au-dessous du niveau de l'angle de la mâchoire, et elle est exactement cernée par une capsule fibreuse, qui en ce point lui appartient en propre et la sépare de la région sus-hyoïdienne. En avant, elle est moins régulièrement disposée; elle envoie d'abord sur le masséter des prolongements assez minces, fort adhérents à la capsule du côté de la peau, faciles à détacher du muscle par leur face profonde. Elle se resserre ensuite entre le sterno-mastoïdien et le bord de l'os maxillaire; mais au-dessous, elle plonge sous cet os et le ptérygoïdien interne qui s'y insère, et se porte en avant à peu près dans la même étendue qu'au-dessus du masséter, séparée d'ailleurs des muscles ptérygoïdiens par sa capsule, à laquelle elle adhère très peu. Enfin, en dedans ou par sa face profonde, elle repose sur les organes suivants: 1° en arrière, le muscle digastrique, appuyé sur l'apophyse transverse de l'atlas qui le soulève; 2° plus en avant et plus profondément aussi, l'apophyse styloïde et les tendons qui s'y attachent; 3° plus en avant enfin, l'artère carotide interne. Mais il faut se rappeler que la glande est séparée de toutes ces parties par de fortes aponévroses qui concourent à compléter sa capsule: ainsi, d'abord du digastrique par l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle, laquelle

aponévrose va se rattacher au-dessous de lui à l'apophyse transverse de l'axis; de cette saillie osseuse à l'apophyse styloïde est tendue une lame fibreuse des plus fortes, qui sépare la parotide de la veine jugulaire interne; et de l'apophyse styloïde, la capsule, également très forte, s'étend en avant sous le ptérygoïdien interne, en bas va s'insérer à l'angle de la mâchoire, et sépare la glande de l'artère carotide interne, qui en est bien plus éloignée encore inférieurement par les muscles styloïdiens. Je noterai enfin que la carotide interne est séparée à ce niveau de la veine jugulaire interne, par une lame fibreuse très forte qui descend du bord postérieur du trou carotidien.

Outre ces rapports de voisinage si importants, la parotide est traversée de bas en haut par la veine jugulaire externe, plus rapprochée de la face profonde que de la surface de la glande, mais qui est toujours coupée quand on enlève celle-ci en totalité. On a cru qu'il en était de même de l'artère carotide externe; mais j'ai enlevé une fois la glande malade sans avoir eu à lier cette artère; M. Monod a rencontré un cas semblable; et des recherches spéciales dues à M. Denonvilliers ont montré que tantôt en effet la glande est traversée par la carotide externe, mais que d'autres fois, et le plus souvent peut-être, l'artère est logée dans une gouttière creusée à la surface de la glande, en sorte que celle-ci peut être énucléée sans lésion du vaisseau. M. Triquet, qui a repris ces recherches, a indiqué quatre variétés de rapports: 1° la plus fréquente, où la glande fournit une gouttière à l'artère; 2° une seconde, dans laquelle l'artère traverse la glande qui lui forme un canal complet; 3° une troisième, où l'artère passe en avant de la glande, mais cachée par le bord postérieur de la branche de la mâchoire; 4° enfin, quatre ou cinq fois sur vingt, l'artère est contenue dans une gaine celluleuse complètement isolée de la parotide, et se trouve alors un peu en avant et en dedans de son sommet. Du reste, il est bon de rappeler que la carotide externe se divise en haut de cette région en ses deux branches terminales: la temporale superficielle et la maxillaire interne.

La veine jugulaire est formée au même niveau par la réunion des deux veines correspondantes; mais de plus, dans l'intérieur même de la parotide, elle envoie quelquefois une branche grosse et courte qui traverse la capsule en arrière et aboutit à la veine jugulaire interne. D'un autre côté, le nerf facial parcourt la glande transversalement, sans parler de quelques autres filets sans importance qu'elle reçoit du nerf maxillaire inférieur et du plexus cervical. On avait donc pensé que la parotide ne pouvait être enlevée sans section du facial; mais Nægelé avait déjà vu le contraire, et M. Triquet

a rencontré plusieurs variétés de rapports en vertu desquels le nerf peut être épargné, même dans l'ablation la plus complète. Enfin elle renferme constamment dans son intérieur de quatre à six ganglions très petits, quelquefois moins, souvent plus.

On comprend par là quels peuvent être les difficultés et parfois les périls de son extirpation; rarement d'ailleurs on enlève la glande parotide conservant son volume ordinaire; le plus souvent la dégénérescence qui nécessite l'opération a hypertrophié son tissu, et accru ses adhérences avec toutes les parties voisines.

Procédé opératoire. — Plusieurs chirurgiens ont commencé par lier l'artère carotide primitive; d'autres, par placer sur ce vaisseau une ligature d'attente. On peut omettre ces précautions, en disposant un aide prêt à faire la compression au besoin. D'autres aides maintiennent le malade couché sur le côté sain, et placé de manière à pouvoir respirer et cracher librement.

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. Dans l'opération citée plus haut, j'ai trouvé l'énucléation de la portion la plus profonde de la glande assez facile. 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 déta-

cher, 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, la linguale même 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 hémorrhagie veineuse qu'on arrête par le tamponnement. Il est dangereux ici de réunir par première intention; on s'exposerait à des fusées purulentes, à l'érysipèle simple ou phlegmoneux, et à toutes leurs suites.

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.

4° Extirpation de la glande sous-maxillaire.

Anatomie chirurgicale. — Séparée des téguments par la veine faciale et le muscle peaucier, 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.

Art. IV. — Opérations qui se pratiquent sur la langue et le plancher buccal.

4° 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; et je dois dire que je n'ai pas rencontré un seul cas où il fût oblitéré. J'ai remis à M. Robin des lambeaux d'un kyste de grenouillette que j'avais extirpé; il y a trouvé, sous le microscope, d'abord un épithélium analogue à celui qui revêt les conduits de Sténon et de Wharton, près des points où ils se continuent avec les acini glanduleux; puis, à la face externe, des grains glanduleux semblables à ceux des glandes salivaires. Or, dans ce cas, le conduit de Wharton était parfaitement libre, et, autant qu'il m'est permis de l'affirmer, je n'avais pas touché à la glande sublinguale; j'incline donc à penser que le kyste s'était développé dans quelque une de ces glandes buccales dont la structure est si rapprochée des glandes salivaires. Il est à noter d'ailleurs qu'on a observé de ces sortes de kystes dans d'autres parties de la bouche, et contenant un liquide analogue.

Je ne dois pas oublier toutefois que M. Jobert a trouvé, dans une autopsie, les conduits de Wharton aboutissant tous les deux, chose bien étrange, au fond du cul-de-sac qui avait succédé à l'ouverture de la grenouillette; et sur le même sujet, un kyste au fond duquel venaient s'ouvrir de petits conduits paraissant venir de la glande sublinguale. M. Richet a rencontré aussi un kyste auquel aboutissait le canal de Wharton; mais il semblait que celui-ci eût été divisé antérieurement.

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, dernière et pauvre ressource de Dupuytren. Il