

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



reste à parler de l'*excision*, des *injections iodées*, et enfin de l'*extirpation*.

1° *Excision. Procédé ordinaire.* — La tumeur étant soulevée avec des pinces à disséquer ou avec une érigne, 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 seule n'assure pas contre la récurrence; ses bords, en se rétractant, menacent de se réunir et de reproduire le kyste. Pour prévenir ce résultat, je 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. M. Jobert s'y est pris d'une autre manière.

*Procédé de M. Jobert. Batrachosiplastie.* — 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 M. Sédillot dit avoir employé deux fois ce procédé sans succès, à raison de la rétraction et de l'oblitération de l'ouverture.

2° *Injections iodées.* — M. Bouchacourt, après avoir évacué la tumeur à l'aide d'un petit trocart, y a fait des injections de teinture d'iode. M. Jobert, qui a répété ces injections avec succès, note que

la tumeur se remplit après l'injection avec une grande rapidité, et que l'absorption s'y fait de même bien plus activement que dans les autres régions du corps.

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 le débarrasser des restes du liquide visqueux qui empêcherait l'injection iodée d'agir avec autant d'efficacité.

Ce procédé manquerait très probablement le but, si l'on venait à rencontrer des kystes où s'ouvrirait le conduit de Wharton.

3° *Extirpation.* — Déjà conseillée par Celse, puis rejetée mal à propos comme trop redoutable, je l'ai remise en vigueur et pratiquée plusieurs fois avec succès. On commence par exciser la partie supérieure du kyste, selon le procédé ordinaire; puis, saisissant la paroi interne avec de bonnes 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. Quelquefois l'ablation complète en est très facile; d'autres fois les adhérences sont si solides que, pour abrégier l'opération, j'en ai laissé quelques lambeaux.

On comprend que l'extirpation complète enlève toute chance de récurrence, 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. Je dois cependant ajouter une remarque. Celse recommande d'éviter les grosses veines, et en m'écartant des veines et des artères ranines, je pensais être suffisamment à l'abri. Une fois cependant j'ai eu une hémorrhagie difficile à arrêter, et qui venait probablement de l'artère sublinguale. Je conseille donc d'arracher avec des pinces toute la portion du kyste qui avoisine l'origine de cette artère, auprès de la langue, plutôt que de la disséquer avec les ciseaux; et c'est là surtout, si les adhérences étaient solides, qu'il serait préférable d'en laisser quelques lambeaux.

## 2° 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, et 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 produisent 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 continuels, 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 la comprimait à l'aide d'un appareil fort compliqué et fort incommode. Je n'ai jamais rencontré cet accident ; mais si la pression avec les doigts ne suffisait pas pour arrêter l'hémorrhagie, il serait beaucoup plus simple, à mon avis, de fermer la plaie de la veine avec un point de suture entrecoupée.

### 3° Du bégaiement.

Le bégaiement est un spasme tout particulier qui s'empare subitement des muscles qui servent à l'émission et à l'articulation des sons, lorsque le sujet parle ou même qu'il se dispose à parler. On en

a distingué de nombreuses variétés, qui se rapportent toutes à deux catégories essentielles ; dans l'une, l'expiration est brusquement coupée ; le spasme affecte les muscles du larynx, et la médecine opératoire n'y peut rien ; dans l'autre, la langue paraît particulièrement affectée ; et il semble surtout dans un bon nombre de cas, que la gêne de ses mouvements vienne de ce qu'elle est attachée trop court à la partie antérieure de la mâchoire. Ainsi Aétius avait signalé le filet trop court comme une cause de bégaiement, et indiqué sa section comme remède ; dans ces derniers temps on s'est principalement attaqué aux muscles génio-glosses.

La langue, en effet, tient à l'os maxillaire par la muqueuse, et de plus par l'aponévrose sous-jacente et par les muscles génio-glosses. Ces muscles, insérés par leur sommet aux apophyses géni supérieures, se portent en arrière en s'élargissant à la façon d'un éventail, et s'épanouissent de la base à la pointe de la langue. Ils sont aplatis latéralement, de manière à présenter en haut un bord presque tranchant, accolé sur la ligne médiane au bord correspondant du muscle opposé ; cependant ils sont plus rapprochés en avant qu'en arrière, où ils laissent entre eux un intervalle celluleux. On voit donc que plus on les attaque en arrière, plus on les trouve épanouis en hauteur et écartés en largeur ; d'où l'indication de les diviser le plus près possible de leurs insertions géniennes. Du reste, en partant du plancher de la bouche, on n'a à diviser, pour mettre à nu ces deux muscles, que la muqueuse et l'aponévrose sur la ligne médiane, et sur les côtés les glandes sublinguales. En bas, ils sont en rapport avec la réunion des deux génio-hyoïdiens, séparés de la peau du cou par le mylo-hyoïdien et le peaucier, et un peu sur le côté par les ventres antérieurs du digastrique.

L'aponévrose, très mince et purement celluleuse chez certains sujets, est plus forte et plus résistante chez d'autres ; elle sert d'ailleurs partout de doublure à la muqueuse, et se confond en avant avec la gaine cellulo-fibreuse des génio-glosses.

Il faut se rappeler qu'en arrière du filet, en longeant les attaches latérales de la langue au plancher buccal, se voient sous l'aponévrose le nerf lingual, l'artère et la veine du même nom ; un peu plus bas le nerf hypoglosse ; en avant du filet sont les orifices des conduits de Wharton, presque accolés sur la ligne médiane ; plus en avant, les deux glandes sublinguales. Enfin au niveau de l'artère ranine naît l'artère sublinguale, déjà notée à l'occasion de la grenouillette, qui se porte en avant, d'abord sous l'aponévrose, puis dans les génio-glosses et les génio-hyoïdiens, et envoie des rameaux anastomotiques à la sous-mentale. Plus le couteau se rapproche de son origine, et plus il est exposé à la blesser.



1<sup>o</sup> *Section du frein et de l'aponévrose. Procédé d'Amussat.* — Le malade assis, la tête renversée en arrière et solidement appuyée, on lui fait ouvrir largement la bouche et relever la langue, et avec des pinces à dents de souris, on saisit fortement le filet en arrière des orifices de Wharton. On pourrait croire qu'il est nécessaire de tenir les dents écartées à l'aide d'un coin ou de tout autre moyen analogue; cela est inutile. Quand le sujet a la langue relevée et se sent ainsi saisi par-dessous, l'instinct l'oblige suffisamment à tenir la bouche ouverte, de peur de se blesser lui-même.

Le filet ainsi pris et soulevé, on le coupe en travers avec des ciseaux courbes sur le plat, analogues à ceux dont on se sert pour l'opération du strabisme. Un seul coup suffit pour diviser la muqueuse et la fibreuse, et mettre à nu les muscles génio-glosses. Si la section n'est pas assez grande, on l'élargit d'un côté et de l'autre, en évitant les attaches de la langue, et dirigeant les incisions du côté du plancher buccal.

Ce n'est pas autre chose que l'opération recommandée par Aétius pour certaines variétés de bégaiement. Ce qui sans doute l'avait fait tomber dans l'oubli, c'était la difficulté de prévenir le retour d'adhérences semblables ou même plus fortes. Amussat recommande donc, suivant son précepte général (voy. p. 94), d'empêcher la rétraction de la cicatrice en isolant chacune des faces de la plaie; et pour cela, dès que la membrane inodulaire commence à s'organiser, de détruire chaque jour, avec un instrument tranchant, la commissure que forme cette membrane entre les deux faces de la plaie dans l'angle qui les réunit, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

2<sup>o</sup> *Section des génio-glosses. Procédé de Baudens.* — Le malade placé comme il a été dit, la bouche largement ouverte, et l'aide qui soutient la tête plaçant ses deux petits doigts dans les commissures des lèvres pour les tirer en arrière, l'opérateur saisit une érigne de la main gauche, l'implante dans la membrane muqueuse sur la ligne médiane, au-dessus du bord des génio-glosses, afin de tendre ces derniers; et ayant reconnu la corde qu'ils dessinent, il prend des ciseaux fortement coudés sur le plat, plonge leurs lames entr'ouvertes, en rasant la mâchoire, à 3 centimètres de profondeur, de manière à embrasser les attaches des deux muscles, et les coupe brusquement d'un seul coup. On entend un craquement, et l'opération est terminée. Elle ne demande que quelques secondes.

Il est bon cependant de porter le doigt au fond de la plaie, pour reconnaître les apophyses géni, et constater ainsi directement

s'il reste encore des fibres intactes, qu'il faudrait sans désespérer détruire avec le bistouri boutonné.

Un phénomène remarquable de la section des génio-glosses est une vive douleur dans l'oreille et quelquefois dans la gorge, dont l'explication est difficile à donner. Un autre beaucoup plus grave est une hémorrhagie assez difficile à arrêter, et qui vient probablement des rameaux de l'artère sublinguale. Elle s'est montrée quelquefois si rebelle que les opérés ont failli y succomber; Baudens y opposait un tampon d'éponge trempé dans du vinaigre: pauvre ressource. Une forte compression établie à la fois dans la bouche et sous le menton serait beaucoup plus efficace; au besoin on pourrait passer une aiguille courbe sous les deux artères sublinguales un peu en avant du filet et les lier en masse, ou enfin recourir à la ligature de la linguale elle-même.

Au surplus, quand toute crainte d'hémorrhagie est passée, le reste marche à souhait; la plaie guérit sans inflammation, sans accident, avec une merveilleuse rapidité, même sans ce bourgeonnement qui succède aux opérations du strabisme; ce qui enlève véritablement beaucoup au prestige de la section sous-cutanée qui nous reste à examiner.

*Procédé de Bonnet. Section sous-cutanée.* — On se sert de deux ténotomes: l'un pointu, l'autre mousse. L'opérateur commence par porter l'indicateur gauche dans la bouche, au-dessus des apophyses géni. Avec le ténotome aigu, plongé immédiatement sous le menton et sur la ligne médiane, il traverse la peau, le peaucier, et l'intervalle qui sépare les digastriques et les mylo-hyoïdiens; ensuite, par cette piqûre, il enfonce le ténotome mousse, le tranchant tourné en avant, jusqu'à ce que le doigt placé dans la bouche le sente distinctement au-dessous de la muqueuse; on tourne alors son tranchant en dehors et en avant, de manière à couper le génio-glosse d'un côté; après quoi on le retourne pour couper le muscle de l'autre côté.

Chacun de ces temps demande des précautions particulières. D'abord, pour pénétrer sûrement sur la ligne moyenne, on se guide d'une part sur l'intervalle qui sépare les deux incisives moyennes, de l'autre sur le lieu où l'on sent le bord postérieur de la concavité de la mâchoire; un guide plus sûr encore est le doigt indicateur gauche introduit dans la bouche, à l'aide duquel on sent distinctement l'apophyse géni. Ce doigt placé sur cette apophyse, et l'ongle du pouce gauche appuyant sur la face postérieure de la concavité de la mâchoire, on peut fixer avec précision le lieu de la ponction.

Quant au ténotome mousse, ce n'est pas assez de dire qu'il doit



venir sous la muqueuse à la rencontre du doigt ; car le doigt pourrait déprimer la muqueuse jusqu'au-dessous des apophyses géni. Pour éviter toute erreur, on pousse le ténotome jusqu'au-dessous de la muqueuse, à l'endroit où elle se détache de la mâchoire pour aller former le filet de la langue, et l'indicateur doit en reconnaître l'extrémité dans tout l'espace qui sépare l'une de l'autre les dents incisives externes.

Il convient également de rechercher quelle est sa position relativement aux apophyses géni. Dans ce but, on lui fait exécuter des mouvements de latéralité, son tranchant toujours appuyé contre la mâchoire : si on le sent arrêté à droite et à gauche, il est bien placé entre ces deux apophyses ; s'il est arrêté seulement à droite, c'est qu'il est à gauche des deux apophyses, et *vice versa*.

La position ainsi assurée, on incline contre le muscle à diviser le tranchant de l'instrument, qui regarde alors en avant et sur l'un des côtés, et on le coupe en tenant d'abord le manche du ténotome dirigé un peu en avant, puis en le portant autant que possible en arrière et contre le cou. Ce n'est que par cette manœuvre que la lame peut suivre la convexité que présente la mâchoire de haut en bas, et opérer la section complète. Du reste, afin de s'en assurer, on fait passer d'un côté à l'autre des apophyses le tranchant de l'instrument, jusqu'à ce qu'on sente celles-ci parfaitement dénudées ; et pour plus de sécurité, on porte ce mouvement du ténotome à 3 millimètres en dehors de chaque apophyse.

Alors seulement l'instrument est retiré, et l'on commande au malade de tirer la langue hors de la bouche. S'il ne peut lui faire dépasser les dents, on regarde l'opération comme terminée ; mais s'il l'avancé plus loin, il faut couper l'aponévrose à son insertion à la mâchoire. Si la pointe de la langue dépasse encore les dents, on sépare davantage l'aponévrose de la mâchoire, et l'on continue ce décollement jusqu'à ce que le malade cesse de pouvoir tirer la langue.

L'impossibilité de tirer la langue hors de la bouche était donc pour Bonnet le but immédiat de l'opération, et la garantie du succès ; c'est pourquoi il portait les sections si loin. Toutefois, il avait rencontré des sujets, surtout dans un âge avancé, chez lesquels toutes les sections étaient impuissantes à amener ce résultat. Dans ces cas, il n'hésitait pas à prédire que l'opération demeurerait inutile.

Voyons maintenant les suites de l'opération en elle-même. La plus importante est la formation d'un épanchement sanguin au-dessous de la muqueuse buccale, entre la langue et la mâchoire, formant de chaque côté du frein de la langue une tumeur noirâtre du

volume de la dernière phalange du pouce. A ce degré, aucun accident n'est à craindre, et les malades peuvent se promener le soir même de l'opération. Dans quelques rares circonstances, le corps de la langue est lui-même soulevé, il y a un peu de gêne dans la respiration ; mais une saignée suffit pour diminuer cette gêne, dont le lendemain il ne reste plus de traces.

Trois fois cependant Bonnet a observé un épanchement plus considérable encore ; la langue soulevée tout entière, sa pointe refoulée vers la partie supérieure de la voûte du palais, et une difficulté extrême de la déglutition, avec menace de suffocation. Si alors la saignée n'amenait pas une amélioration suffisante, il passait un fil à travers la langue, à 2 centimètres de sa pointe, afin de la ramener en avant ; et il avait toujours vu, disait-il, les accidents diminuer le premier jour, et cesser complètement le second. Néanmoins il n'opérait jamais un bègue, sans le faire surveiller dans les cinq ou six heures qui suivent l'opération.

En général, la difficulté de la déglutition persiste deux ou trois jours ; quelquefois il se montre une salivation abondante, qui cesse au plus tard vers le huitième jour. Du troisième au quatrième jour les opérés peuvent reprendre leurs travaux ; dès le huitième jour la langue commence à pouvoir sortir de 1 à 2 centimètres hors de la bouche, et après un mois tous les mouvements sont revenus à l'état normal.

*Appréciation.*—La section du filet et du tissu fibreux qui le double paraît avoir donné quelquefois des résultats durables ; déjà Fabrice de Hilden dit avoir ainsi rendu la parole à son frère utérin : mais une première section ne suffit pas, et il fallut en venir à une seconde. Il est fort remarquable qu'Amussat, qui avait commencé par diviser à la fois la muqueuse, l'aponévrose et les muscles, s'en tint plus tard à la section de la muqueuse et de l'aponévrose ; et que Bonnet, qui dans l'origine se bornait à diviser les muscles, se vit contraint d'attaquer même assez largement l'aponévrose. Serait-ce donc la tension de l'aponévrose qui ferait le principal obstacle ? On serait tenté de le croire. Du reste les indications, assez claires pour la section du filet trop dense, le sont infiniment moins pour la section des muscles ; les succès qui auraient pu la justifier ne se sont pas maintenus, et après une vogue injustifiable, une réaction peut-être exagérée a rejeté ces opérations à peu près dans l'oubli.

#### 4° 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 can-



croïdes. 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 aux piliers 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 plus 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 hémorrhagie. 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 préférait une incision en V avec les ciseaux, comprenant 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. M. Sédillot a remarqué toutefois que la suture entrecoupée expose à la section

des tissus avant leur réunion, et conseille de préférence la suture enchevillée.

Le cancer siégeant sur l'un des côtés demande des incisions différentes. J'ai assisté Lisfranc dans un cas où le côté droit de la langue était ulcéré près du pilier antérieur du voile, avec extension de l'ulcération au pilier lui-même. Le malade se chargea de tenir sa langue en dehors et à gauche avec un linge; toute la portion altérée fut saisie avec des pinces de Museux: avec de forts ciseaux droits on entama la langue, et en se servant ensuite de ciseaux courbes, on termina une excision semi-elliptique, comprenant le pilier antérieur. Le doigt passé sur la plaie y sentit encore un point dur au centre; les pinces de Museux et les ciseaux en firent justice. La plaie, qui d'abord semblait énorme, fut réduite à très peu de chose quand la langue fut rentrée dans la bouche. Deux artères assez fortes avaient donné, mais lorsqu'on voulut faire ressortir la langue pour les chercher, on ne les trouva plus; il n'y avait pas même d'écoulement de sang.

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 siége que d'un côté, et toutes les deux lorsqu'il s'étend d'un côté à l'autre. J'ai agi de la sorte dans deux cas où le cancer se prolongeait en bas jusqu'au plancher buccal; l'opération s'achève alors sans aucun trouble.

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 M. Regnoli et par M. Sédillot.

*Procédé de M. Regnoli*. — Dans un cas où la langue était prise jusqu'à sa base par une tumeur scrofuleuse, M. 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,