

vante : toutes les fois qu'une tumeur se développe dans les organes situés au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, elle se porte vers la cavité buccale, et c'est par la bouche que le chirurgien en pratique l'exploration et l'extirpation, s'il y a lieu. Lorsque la tumeur a pour point de départ, au contraire, les organes situés au-dessous de ce muscle, elle fait saillie dans la région sus-hyoïdienne, et c'est de ce côté qu'il convient de l'attaquer. Ce n'est donc pas, ainsi que je le disais, une simple question de mots.

Le plancher de la bouche est, par conséquent, une région limitée en haut par la cavité buccale et en bas par le muscle mylo-hyoïdien. Tout ce qui est au-dessus de ce muscle appartient à la bouche, c'est-à-dire à la face ; tout ce qui est au-dessous se rattache au cou et dépend du tronc.

Le plancher de la bouche est, en grande partie, occupé par la langue. Entre la face inférieure de la langue devenue libre, et la face postérieure de la mâchoire inférieure, existe un petit espace occupé presque exclusivement par la glande sublinguale.

Le plancher de la bouche se subdivise donc naturellement en deux portions : la *portion linguale* ; la *portion sublinguale*.

PORTION LINGUALE

La *portion linguale* du plancher de la bouche comprend la langue, ainsi que les vaisseaux et nerfs qui s'y rendent. Je n'ai pas à envisager ici la langue comme organe du goût, ni comme organe de phonation, ce qui est du ressort de la physiologie : aussi ne ferai-je que mentionner la muqueuse linguale, dont l'histoire est si complètement faite dans les traités d'anatomie descriptive. Je signalerai seulement quelques points d'anatomie qui se rattachent directement à la chirurgie.

La langue est une masse charnue composée de fibres musculaires intrinsèques au milieu desquelles viennent se terminer des muscles dits extrinsèques en y formant un lacis inextricable. Il existe dans l'intervalle des fibres musculaires très peu de tissu conjonctif et une très petite quantité de graisse : aussi, les inflammations phlegmoneuses de la langue sont-elles rares. Cependant elles existent, et la *glossite* peut devenir assez intense pour provoquer des phénomènes asphyxiques qu'il faut combattre à l'aide de larges débridements. La glossite peut être le résultat d'applications de substances septiques à la surface de la langue.

C'est à la texture serrée de la langue, et aussi à l'épaisseur de la muqueuse qui en recouvre la face dorsale, qu'est due la physionomie toute particulière que prennent les abcès de la région. Ils forment une tumeur très limitée, saillante et *dure*, que le chirurgien prendra toujours, s'il n'est prévenu, pour une tumeur solide.

J'en dirai autant des corps étrangers de la langue, qui déterminent une induration capable d'en imposer pour un cancer.

Les plaies de la langue sont très rares. Il faut employer la suture si les lèvres sont très écartées ou s'il existe un lambeau. Les hémorragies de la langue sont souvent fort difficiles à arrêter, et la ligature de l'artère linguale correspondante sera parfois indispensable.