

Le malade sera nourri à la cuiller ou au biberon avec des aliments liquides pendant les trois ou quatre premiers jours, et les fils seront enlevés le cinquième ou le sixième jour.

### 5° MALADIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Le plancher de la bouche peut se décomposer en deux parties dont l'une contient la langue et l'autre la glande sub-linguale. J'étudierai tour à tour les maladies de ces deux régions.

#### *Maladies de la langue.*

Les *lésions traumatiques* de la langue : plaies, contusions, corps étrangers, sont rares et ne présentent rien de spécial. Les morsures sont plus communes, chez les épileptiques, par exemple : on ferait au besoin une suture, si un lambeau était détaché. Je n'ai rien à dire des brûlures.

La langue est susceptible de se tuméfier dans le cas de *glossite*, et la tuméfaction se développe avec une extrême rapidité. C'est ce que nous voyons souvent à la suite de l'emploi du thermo-cautère, dans la stomatite mercurielle, etc. ; l'application d'une substance septique sur la langue produit le même effet : un individu qui avait sottement parié de manger un crapaud, vit sa langue prendre un développement énorme et succomba asphyxié. Un malade présentait dernièrement dans mon service une glossite due à une gangrène cachectique du plancher de la bouche.

Quelle que soit la cause du gonflement, les malades éprouvent une gêne considérable de la déglutition, de la phonation, mais surtout de la respiration, à ce point qu'ils peuvent succomber à l'asphyxie. S'il existait un phlegmon du plancher de la bouche ou de la région sus-hyoïdienne, il faudrait pratiquer sans retard un large débridement. Si le gonflement ne porte que sur la langue et devient menaçant, faites une incision profonde sur la face dorsale et, si la situation ne s'améliore pas, ayez recours à la trachéotomie.

Je rapprocherai de cette affection celle beaucoup plus rare décrite sous le nom de *macroglossie* et qui est congénitale, ou plutôt qui se développe dans les premières années de l'existence.

La langue peut prendre un volume tel qu'elle n'est plus contenue dans la bouche et pend au dehors. On devine aisément les troubles multiples qui en résultent. Si la vie de l'enfant était compromise, il faudrait nécessairement agir et retrancher la partie excédente de l'organe, bien que cette opération présente de graves dangers, surtout à cause de l'hémorrhagie possible. La méthode de diérèse que je préférerais serait l'excision avec le bistouri ou les ciseaux d'une portion de langue préalablement cernée avec de longues pinces hémostatiques laissées en place pendant vingt-quatre heures après l'opération. Le thermo-cautère fournit sans doute, s'il est bien dirigé, une hémostase primitive suffisante, sinon complète, mais il expose beaucoup à l'hémorrhagie secondaire lors de la chute des eschares ; l'écraseur linéaire serait préférable.

La glossite peut se terminer par la production d'un *abcès* développé au sein des fibres musculaires de la langue. Cet abcès diffère de ceux observés dans les autres régions en ce qu'il présente une consistance ferme qui le fait ressembler à une tumeur solide ; la fluctuation y est fort difficile à percevoir, et c'est en se basant surtout sur le mode de développement et la marche de l'affection que l'on en pourra établir le diagnostic. L'ouverture au bistouri est le seul traitement convenable.

*Lésions organiques de la langue.* — Les lésions organiques de la langue se manifestent sous deux formes distinctes : à l'état de tumeur non ulcérée, à l'état d'ulcération.

Les *tumeurs de la langue* peuvent être divisées cliniquement en deux groupes : les *tumeurs rares* et les *tumeurs communes*.

Le groupe des tumeurs rares comprend : les anévrysmes, les angiomes, les kystes, les lipomes et les fibromes. Ce sont du moins celles qui ont été jusqu'à ce jour rencontrées dans l'épaisseur de la langue. On voit qu'elles peuvent être elles-mêmes subdivisées en solides et en liquides.

Les tumeurs communes sont le syphilome et l'épithéliome.

Le syphilome lingual peut être *diffus* ; il existe alors une induration plus ou moins étendue de l'organe occupant soit les couches superficielles, soit les couches profondes ; c'est une sorte de sclérose de la langue. Il peut être *circonscrit* et se présenter sous la forme d'une gomme.

L'épithéliome est tantôt *superficiel* et revêt l'aspect d'un papil-

lome; tantôt il est situé profondément dans l'épaisseur de la langue, il est *interstitiel*.

La gomme et l'épithéliome ne tardent pas à aboutir à l'ulcération.

Les *ulcérations de la langue* sont d'origine traumatique, tuberculeuse, syphilitique ou épithéliale.

Je crois devoir résumer ces diverses notions dans le tableau synoptique suivant :

Tumeurs de la langue...	Rares.....	Anévrysme....	{ diffus. circonscrit.
		Angiome.....	{ tache érectile. caverneux.
		Kystes.....	{ muqueux. séreux. purulents. hydatiques. dermoïdes.
		Lipomes.....	{ sessiles. pédiculés.
		Fibromes.....	{ sessiles. pédiculés.
Ulcérations de la langue.....	Communes.	Syphilome....	{ diffus. circonscrit.
		Épithéliome...	{ superficiel. interstitiel.
		Traumatiques. Tuberculeuses.	
		Syphilitiques..	{ primitives. secondaires. tertiaires.
		Épithéliales...	

**Tumeurs de la langue.** — La tumeur qui est de beaucoup la plus commune dans la langue est l'épithéliome, aussi grouperai-je autour d'elle les diverses notions qui nous permettront d'arriver au diagnostic.

L'*épithéliome, cancroïde, cancer de la langue*, est une des affections les plus graves qui puissent atteindre l'homme. Je n'ai pas souvenir d'en avoir observé un seul cas chez la femme, et il me paraît bien difficile d'en découvrir la cause réelle. Ainsi que je l'ai déjà dit à propos des lèvres, diverses causes irritantes locales peuvent déterminer l'apparition du cancroïde de la langue, mais sur un sujet qui en porte en lui le germe, ou, si l'on préfère, sur un

sujet qui présente un terrain de culture favorable au développement du microbe, terrain que lui ont transmis ses parents, dont presque toujours plusieurs ont été atteints d'affections semblables. Entre cette prédisposition et la diathèse héréditaire admise avant les théories microbiennes, je ne vois guère pour mon compte qu'une différence de mots.

L'épithéliome de la langue présente deux formes au début. Tantôt il apparaît sous l'aspect d'un petit ulcère à contours indurés occupant presque toujours l'un des bords de la langue, ou bien sous celui d'une tumeur siégeant également au niveau d'un bord, située dans l'épaisseur des fibres musculaires et recouverte par la muqueuse saine. Le diagnostic est souvent difficile à établir à cette période. Est-ce une plaque muqueuse, une ulcération produite par une dent mauvaise ou par des tubercules? J'indiquerai plus loin la réponse à cette question.

Lorsqu'il y a seulement tumeur, c'est surtout avec un *syphilome lingual* que la confusion peut être faite, car les signes sont sensiblement les mêmes. La tumeur est en général peu apparente à l'extérieur en raison du léger relief qu'elle fait sous la muqueuse, mais, si l'on saisit la langue entre le pouce et l'index, on sent un noyau très dur dont il est possible de délimiter nettement les contours, et qui s'étend souvent beaucoup plus loin que ne le faisait tout d'abord supposer l'aspect de l'organe. Les principaux éléments du diagnostic différentiel sont les suivants : la tumeur épithéliale occupe le bord de la langue ou la partie voisine du bord; — la tumeur gommeuse siège de préférence au centre; la première est unique, — la seconde est souvent multiple; Ricord disait que, dans ce cas, la langue semble rembourrée de noisettes, expression pittoresque qu'il est bon de conserver. Le sujet syphilitique présente souvent d'autres signes d'infection sur la peau ou sur le squelette. Mais il faut bien dire que ces éléments ne sont pas suffisants pour acquérir une certitude, et l'on se plaît d'ailleurs toujours à espérer au début qu'il s'agit d'une gomme, surtout si le malade accuse l'existence antérieure d'un chancre induré, ce qui cependant est loin d'être une preuve : je soigne actuellement un malheureux affecté d'un épithéliome à marche aiguë et qui jadis a été atteint de chancre infectant. Tout cela prouve que, même avec de fortes présomptions en faveur de l'épithéliome, il faut donner à l'intérieur de l'iodure de potassium, mais à doses rapidement croissantes jusqu'à 6 et 8 grammes par jour, pour ne

pas perdre de temps et ne pas laisser la maladie envahir le système lymphatique, qui est ou du moins qui paraît souvent intact à cette période.

Il se pourrait que la tumeur appartint au groupe de celles que j'ai appelées rares. On y devra songer, si on ne rencontre pas les caractères propres aux tumeurs communes, c'est-à-dire à l'épithéliome et au syphilome. Je ferai d'abord observer qu'il est à peu près impossible de reconnaître au toucher s'il s'agit d'un fibrome ou d'un kyste, car la consistance est la même dans les deux cas, en raison de la distension de la poche.

Lorsque la tumeur est unique; lorsqu'elle s'est développée lentement et d'une manière indolente; lorsque la muqueuse linguale glisse facilement à sa surface, n'y adhère en aucun point et peut être plissée avec les doigts; lorsque la tumeur est mobile sur les couches profondes et paraît en quelque sorte énucléable; lorsque sa consistance est rénitente; lorsque sa surface est lisse et absolument régulière, on est autorisé à rejeter l'idée d'un syphilome, même d'un épithéliome central, et à diagnostiquer une tumeur bénigne, telle que kyste, fibrome, lipome (1). Je laisse de côté les tumeurs vasculaires (anévrismes, angiomes); elles donnent lieu à des signes spéciaux qui les feront facilement reconnaître.

Mais poursuivons l'étude clinique de l'épithéliome.

L'ulcération primitive s'agrandit, ou bien la tumeur s'ulcère et les deux formes se confondent bientôt lorsque la maladie est confirmée. Alors se déroule le spectacle lamentable du cancroïde lingual tel que nous l'observons journellement et sur lequel il est inutile d'insister longuement. La langue est successivement envahie de la pointe à la base et quelquefois d'un bord à l'autre; le plus souvent cependant une moitié seule est prise. Le plancher de la bouche est à son tour intéressé, puis les piliers du voile du palais. Le malade peut à peine mouvoir sa langue, rend incessamment par la bouche une salive mêlée d'ichor fétide et ressent souvent des douleurs intolérables surtout dans l'oreille correspondante. A cette période on observe sous la mâchoire des ganglions lymphatiques indurés.

La santé générale, d'abord restée bonne, s'altère peu à peu par

(1) J'ai développé ce diagnostic différentiel dans une de mes leçons à l'Hôtel-Dieu (février 1886) à propos d'un homme qui portait au niveau du bord gauche de la langue une petite tumeur du volume d'un gros pois. Je pensai qu'il s'agissait d'un fibrome. C'était un kyste simple dont l'examen histologique fut pratiqué par M. Cornil.

suite d'une alimentation insuffisante et de l'absorption des matières putrides qui de la bouche tombent dans l'estomac. Surviennent aussi fréquemment des hémorrhagies qui affaiblissent encore le malade et hâtent sa fin. C'est la période cachectique, et le sujet succombe en général dans le cours de la deuxième année après le début de l'affection abandonnée à elle-même.

Il est une variété de cancroïde qui marche souvent avec plus de lenteur: c'est celle qui succède au *psoriasis lingual*. Cette dernière affection est caractérisée par des plaques blanches laiteuses, appelées encore plaques des fumeurs, improprement, je crois, car il ne me paraît pas que l'usage du tabac contribue à leur évolution. Ces plaques peuvent se rencontrer en grand nombre disséminées à la face dorsale de la langue, sur ses bords et même sur la face interne des joues. Elles persistent pendant de longues années, dix, quinze ans, sans occasionner la moindre gêne. A un certain moment, on voit se développer au-dessous d'elles un noyau induré qui parcourt les phases du cancroïde ordinaire, mais en général plus lentement. En conséquence, lorsqu'un sujet est atteint de psoriasis lingual, il faut lui conseiller de s'en débarrasser, parce qu'il peut devenir le point de départ d'une affection infiniment plus grave, et l'opération doit consister en une abrasion superficielle.

Le traitement de l'épithéliome de la langue présente souvent de grandes difficultés. Rappelons d'abord que, jusqu'ici du moins, toutes les médications internes ont échoué et que jamais cette affection ne guérit spontanément. Le seul traitement interne qu'il faille employer au début est le traitement antisyphilitique, et je répète qu'il doit être mené rapidement, afin d'acquiescer une certitude aussitôt que possible. C'est donc à la médecine opératoire qu'il faut recourir en dernier ressort.

Doit-on opérer l'épithéliome de la langue? On conçoit qu'on ait pu se poser cette question en présence de certains cas dans lesquels il semble que l'opération ait accéléré la marche de la maladie, mais les faits de ce genre sont exceptionnels et il ne me paraît pas douteux que l'intervention soit utile lorsqu'elle est opportune et complète. Cependant, il faut bien savoir que l'épithéliome de la langue est l'un de ceux qui récidivent le plus fatalement et le plus rapidement, en sorte qu'en réalité la plupart des opérés, du moins parmi ceux que j'ai vus, ne retirent qu'un court bénéfice de l'opération.

Doit-on opérer tous les épithéliomes de la langue? Non certes. Il ne faut agir que si l'affection est nettement limitée, si on est certain par conséquent d'enlever complètement et au delà la totalité du mal. Mais la tumeur va jusqu'à l'épiglotte, toute l'épaisseur de la langue est envahie, cet organe est immobilisé dans le plancher de la bouche, les ganglions forment sous la mâchoire une masse volumineuse, souvent fixe et adhérente à l'os: je refuse pour mon compte d'opérer dans ces conditions. Nous avons parfois en quelque sorte la main forcée; des malades ont des douleurs si violentes et réclament une opération avec une telle insistance que, comme beaucoup de mes collègues sans doute, je me suis laissé entraîner, surtout au début de ma carrière chirurgicale, à intervenir dans ces cas désespérés, mais il faut bien reconnaître que l'opération est inutile et ne donne guère au malade qu'une satisfaction morale, ce qui, j'en conviens, est encore un bienfait.

Lors donc que le cancroïde forme dans la langue un noyau induré dont on apprécie nettement les contours avec le doigt, il faut engager le malade à se faire opérer, et cela le plus tôt possible.

Il n'existe pas de procédé opératoire applicable à tous les sujets, le chirurgien devant s'inspirer des indications fournies par chaque cas particulier. Je ne parle pas ici du cancroïde primitivement développé dans le plancher de la bouche au niveau des glandes sublinguales, dont je m'occuperai dans le chapitre suivant: je n'ai pas non plus en vue le cancroïde ayant son point de départ au niveau de l'isthme du gosier, dans les piliers du palais ou dans l'amygdale; ces deux variétés de cancroïde buccal, également très fréquentes, nécessitent des opérations spéciales dont je m'occuperai plus loin. Il ne s'agit que de l'épithéliome de la langue, plus ou moins étendu, mais limité à cet organe avec ou sans engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

De nombreux procédés ont été appliqués au traitement du cancroïde lingual, et on en trouvera l'énumération dans les traités spéciaux de médecine opératoire. Je me contenterai de faire connaître celui que je considère comme le meilleur.

Il est bon tout d'abord de résoudre quelques questions générales.

Faut-il endormir le malade? L'emploi du chloroforme complique sans doute l'opération; cependant je me sers toujours de l'anesthésie. Le malade étant endormi, il est indispensable de tenir les

arcades dentaires écartées l'une de l'autre avec un des nombreux instruments imaginés à cet effet. Un coin en bois remplirait le même office. Le soin de maintenir la bouche ouverte sera confié à un aide spécial. La langue doit être attirée et maintenue hors de la bouche; des pinces ont été construites dans ce but, mais le meilleur moyen consiste à passer à travers l'organe un fil solide qui sert à le fixer pendant tout le cours de l'opération. Le passage du fil ne laisse aucune trace, tandis que la pince contusionne très fortement les tissus et provoque ultérieurement un certain degré de glossite.

De quels instruments faut-il se servir? L'écraseur linéaire a joui d'une grande faveur à l'époque de Chassaignac, mais il n'est pas souvent applicable, car il faut pour cela que la tumeur soit préalablement pédiculée; cependant il convient très bien à quelques cas que je déterminerai plus loin. Le thermo-cautère Paquelin est très à la mode actuellement, et comme tout le monde je me sers journellement de ce très ingénieux instrument; néanmoins je suis décidé à y renoncer pour ce cas particulier où il présente, à mon sens, des inconvénients sérieux, et ne donne qu'une fausse sécurité. En effet, s'il met à l'abri de l'hémorrhagie primitive, à condition toutefois d'être très bien manié, il favorise l'hémorrhagie secondaire qui se produit à la chute des eschares, du quatrième au sixième jour. De plus, il brûle souvent les lèvres, les joues, et dans tous les cas est suivi, pendant les deux ou trois jours qui suivent l'opération, d'un gonflement inflammatoire de la langue très pénible pour le malade et qui gêne parfois la respiration.

Je suis revenu, pour mon compte, à l'usage du bistouri ou mieux des ciseaux, mais après avoir cerné préalablement la tumeur avec les longues pinces à forcipressure de Péan, qui rendent les plus grands services dans le cas particulier. La section est exsangue, et si l'on retire les pinces, il est facile le plus souvent de mettre un fil sur le vaisseau ouvert, de le tordre ou d'y appliquer une petite pince hémostatique qui reste vingt-quatre heures en place.

Un point très délicat est d'alimenter convenablement les malades dans les jours qui suivent l'opération, lorsque surtout une grande partie de la langue a été enlevée. On y parvient cependant le plus souvent à l'aide du biberon; toutefois, il est bon d'accoutumer le malade pendant les jours qui précèdent à supporter dans les fosses nasales la sonde en caoutchouc rouge de Nélaton à l'aide de la-

quelle on pourra injecter des aliments dans l'estomac. Il ne me paraît pas nécessaire de la fixer à demeure, comme le faisait Krishaber, à moins que l'introduction ne présente des difficultés inaccoutumées.

Abordons maintenant le procédé opératoire.

On peut suivre deux voies pour arriver sur la langue : la voie buccale et la voie sus-hyoïdienne, ou plutôt il convient de suivre en même temps ces deux voies dans certains cas que je vais déterminer.

Au point de vue clinique, le cancroïde lingual se présente sous les trois aspects suivants : il occupe la pointe, le milieu ou bien la base de la langue (1); il s'accompagne ou non d'engorgement ganglionnaire.

*Épithéliome de la pointe de la langue.* — C'est le cas le plus simple : la langue étant attirée au dehors, on sent entre les doigts les bords indurés de l'ulcère, ou bien une petite tumeur comme une bille, et il suffit d'embrocher la partie malade avec un ténaculum et d'en faire l'excision d'un coup de ciseaux courbes. Si la tumeur s'engage trop loin dans la langue pour être enlevée de la sorte, on la circonscrit par deux incisions qui se rejoignent en arrière en forme de  $\Lambda$ . Un fil de soie réunit les deux bords et suffit en même temps pour assurer l'hémostase d'une manière complète.

*Épithéliome du milieu de la langue.* — Il est encore possible, en général, d'opérer cet épithéliome par la voie buccale seule. Deux cas cliniques peuvent se présenter. Tantôt, c'est le cas le plus rare, l'épithéliome est étendu en surface sur le dos de la langue, et a succédé à un psoriasis lingual sous lequel il s'est développé. Il s'enfonce peu dans les fibres musculaires, c'est plutôt une plaque indurée de quelques millimètres de profondeur.

Voici le procédé opératoire que je conseille dans ce cas :

Attirez fortement la langue au dehors avec un fil passé dans la pointe, enfoncez de fortes aiguilles au-dessous de la tumeur en en dépassant largement les limites, et disposez-les en croix (+), introduisez une chaîne d'écraseur au-dessous des broches et divisez très lentement le pédicule ainsi formé, en avançant de deux crans

(1) Il est bien évident que l'on rencontre des cas intermédiaires, puisque chaque point de la langue peut être envahi, mais j'estime que cette division est pratique au point de vue de la médecine opératoire.

par minute. L'écraseur linéaire me paraît être le meilleur instrument qui convienne à l'extirpation de cette variété de cancroïde.

Plus souvent l'épithéliome du milieu de la langue est étendu en profondeur et forme une masse nettement isolée, occupant toute l'épaisseur de l'organe et s'avancant jusqu'à la ligne médiane qu'elle déborde parfois. Mais en attirant fortement la langue la tumeur est facilement accessible et fait presque complètement saillie au dehors. Employez dans ce cas les grandes pinces hémostatiques de Péan; appliquez-en deux ou trois, suivant les besoins, dans le sens antéro-postérieur, horizontal, et dans le sens transversal; divisez avec le bistouri ou les ciseaux la partie ainsi circonscrite et enlevez ensuite les pinces. Si une artère donne, tordez-la ou mettez-y un fil et faites la suture en réunissant la face supérieure et la face inférieure de la langue. Cette suture a l'avantage de rapprocher les bords de la plaie et surtout d'arrêter l'hémorrhagie en nappe, même celle fournie par des artères trop enfoncées dans la langue pour qu'on les puisse saisir.

*Épithéliome de la base de la langue.* — Lorsque l'épithéliome s'étend jusqu'à la base de la langue et rentre toutefois dans les conditions de ceux que j'ai déclarés opérables, c'est-à-dire que les limites sont accessibles au doigt de tous côtés, les procédés précédents ne lui sont pas applicables. Il faut encore, selon moi, suivre la voie buccale comme voie principale, mais en même temps faire une opération préliminaire. L'opération est alors très complexe.

Je vais supposer le cas le plus grave de ceux qui sont opérables.

La langue est envahie jusqu'à l'épiglotte d'un côté seulement, ce qui est le cas habituel (1), et il existe des ganglions sous-maxillaires plus ou moins volumineux, mais mobiles et énucléables. L'opération doit être conduite de la façon suivante : commencer par faire la ligature de l'artère linguale du côté correspondant (j'indiquerai le manuel opératoire en étudiant les maladies de la région sus-hyoïdienne), et par cette même incision enlever tous les ganglions malades. On fera bien d'enlever en même temps la glande sublinguale et même quelquefois la glande sous-maxillaire dans la loge desquelles peuvent se trouver de pe-

(1) J'ai opéré en 1882, à l'hôpital Beaujon, un homme, atteint malgré son jeune âge (27 ans), d'un épithéliome occupant la totalité de la langue jusqu'au V lingual. Je dus pratiquer la ligature de chacune des linguales et enlevai ensuite la partie malade avec quelques coups de ciseaux.