

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Sur le traitement du cancer de la langue.

Méthode sus-hyoïdienne.
Choix du procédé. — Détails de médecine opératoire.
Diagnostic en rapport avec l'intervention.
Autre observation de tumeur de la langue.

Messieurs,

Il y a peu de jours, j'ai longuement étudié avec vous l'histoire de deux malades qui présentaient l'un un cancer de la langue, l'autre des gommés syphilitiques; et je me suis surtout occupé du diagnostic différentiel de ces affections. Je ne veux pas aujourd'hui revenir sur ce sujet, bien qu'un nouveau malade se présente à notre observation avec un épithélioma très étendu de la langue et du plancher de la bouche. Nous l'étudierons au point de vue du traitement; mais il me paraît nécessaire, pour poser nettement les indications opératoires et vous tracer la voie que vous devez suivre

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Sur le traitement du cancer de la langue.

Méthode sus-hyoïdienne.
Choix du procédé. — Détails de médecine opératoire.
Diagnostic en rapport avec l'intervention.
Autre observation de tumeur de la langue.

Messieurs,

Il y a peu de jours, j'ai longuement étudié avec vous l'histoire de deux malades qui présentaient, l'un un cancer de la langue, l'autre des gommés syphilitiques; et je me suis surtout occupé du diagnostic différentiel de ces affections. Je ne veux pas aujourd'hui revenir sur ce sujet, bien qu'un nouveau malade se présente à notre observation avec un épithélioma très étendu de la langue et du plancher de la bouche. Nous l'étudierons au point de vue du traitement; mais il me paraît nécessaire, pour poser nettement les indications opératoires et vous tracer la voie que vous devez suivre

en présence de ces cas difficiles, de reprendre brièvement les antécédents et l'examen de ce malade.

Cet homme, âgé de cinquante ans, n'a point de diathèses, et nous savons que ses ascendants ont toujours eu une santé parfaite. Il nous a raconté qu'il était grand fumeur et se servait d'une pipe à tuyau court. N'ajoutons pas une importance absolue à ce dernier détail : le brûle-gueule est bien fait pour irriter les parties avec lesquelles il est en contact ; la fumée arrivant toujours trop chaude sur les lèvres et dans la bouche peut produire sur elles des lésions diverses ; mais il ne me paraît pas possible de lui attribuer une influence directe sur le développement d'un néoplasme qui a rapidement envahi le plancher buccal et l'épaisseur de la langue.

Il y a six mois seulement, au milieu d'une excellente santé qui n'avait jamais été troublée, le mal débuta sur le côté droit du frein de la langue par une petite ulcération ; le malade avait, par refroidissement, pris une amygdalite, et comme il était allé consulter un médecin, celui-ci trouva, en l'examinant, cette ulcération déjà assez large et profonde, ce qui nous permet de penser qu'elle remontait à une époque éloignée. Depuis, l'ulcération a fait des progrès rapides ; elle a gagné en surface et en profondeur, elle a déterminé des douleurs vives dans la langue et les parties voi-

sines, et des ganglions nombreux se sont montrés au-dessous du maxillaire.

Cette marche envahissante est due sans doute à la nature de la tumeur, au terrain sur lequel elle s'est développée ; mais aussi, croyez-le bien, au traitement qui a, dès le début, été dirigé contre elle.

On a fait, en effet, des cautérisations dans le but de modifier les surfaces, de châtier les bourgeons charnus : des cautérisations légères, je le veux, mais si légères qu'elles aient été, elles ont suffi pour activer la marche de la tumeur. Ne l'oubliez jamais, il ne faut, en aucune circonstance, porter des excitants sur une tumeur maligne, surtout quand il s'agit de la langue ; si vous agissez, il faut être sûr de dépasser d'emblée les limites du mal que vous voulez détruire. Les caustiques que vous emploierez, dans l'espoir de le modifier, ne feront, la plupart du temps, que lui donner des ailes.

Les cautérisations seules, dans le cas qui nous occupe ne doivent pas être incriminées, une part assez large revient encore au traitement médical qui fut simultanément employé. Vous savez, en effet, qu'on soumit le patient aux préparations mercurielles et à l'iodure de potassium. Or, autant ces médicaments sont efficaces contre la syphilis, autant ils deviennent inopportuns et nuisibles quand il existe un épithélioma.

Je sais bien qu'il y a des cas douteux où la pré-

dence prescrit de les employer, mais il est de toute nécessité, dès qu'ils restent impuissants et surtout quand l'évidence s'établit en faveur du cancer, de les repousser absolument.

Ici le résultat ne s'est pas fait attendre. Sous l'influence de ces interventions malheureuses et aussi à cause du siège spécial affecté par la tumeur, elle s'est tout à coup propagée, a gagné l'épaisseur des tissus.

Quand on examine le malade, on voit de suite quelques dents en mauvais état, mais peu nous importe : l'ulcération, qui ne se présente que lorsqu'on fait largement ouvrir la bouche et relever la pointe de la langue, a des caractères tels, une situation si profonde, qu'elle ne peut être attribuée à une irritation vulgaire et reconnue pour un accident sans importance. Elle est en effet irrégulière, recouverte de gros bourgeons grisâtres et limitée par des bords indurés; du frein de la langue elle s'étend en arrière en suivant le plancher buccal jusqu'au voisinage de l'arrière cavité.

Vous ne tardez pas ensuite à découvrir que toute l'épaisseur de la langue, dans sa partie droite, est dure, de la pointe vers la base, et que cette induration ligneuse a déjà franchi la ligne médiane pour gagner le côté gauche. Ce n'est pas un noyau perdu dans le tissu de l'organe, c'est une infiltration totale qui se trouve absolument reliée à l'ulcération du plan-

cher autour de laquelle vous sentez avec vos doigts des tissus résistants.

Et quel caractère précieux vous présente encore pour le diagnostic cette ulcération ! elle est caverneuse, creusée profondément; j'insiste à dessein sur ce fait, car il vous permettra toujours d'affirmer, même au début, l'existence d'un épithélioma et d'un épithélioma à marche rapide. Ne perdez pas en effet de vue que le cancer de la langue présente deux modes de développement : il est papillaire ou infiltré, et dès que l'infiltration s'est produite, si l'ulcération s'établit, elle affecte cette forme caverneuse, témoin irrécusable d'une marche envahissante et destructive.

Cherchez maintenant à circonscrire l'ulcération : elle ne s'est pas avancée jusqu'au tissu gengival et la muqueuse saine qui la sépare du maxillaire inférieur mesure une épaisseur d'environ deux à trois centimètres.

La langue, quand on ne voit pas les bourgeons charnus de mauvaise nature développés sur sa face inférieure, c'est-à-dire quand elle est au repos, n'offre à première vue aucune irrégularité, aucune modification de forme. Il faut la palper avec soin pour découvrir l'induration qui l'occupe jusqu'au V lingual en arrière. Mais si, après l'avoir explorée, on veut la faire mouvoir, on s'aperçoit qu'elle est immobilisée, comme fixée sur le plancher de la bouche. Le malade n'articule qu'avec difficulté. Cette perte de la loco-

tion est un signe de la plus haute importance que vous devez ranger à côté de l'ulcération caverneuse que je vous signalais il y a un instant. Le syphilitique peut encore, même à un degré avancé, mouvoir sa langue, et la locomotion ne se trouve compromise que dans quelques cas très rares où l'organe tout entier a été infiltré par des tumeurs syphilitiques. Aussi ne doit-on pas hésiter à affirmer le cancer épithélial, quand cette perte du mouvement s'établit et surtout se trouve accompagnée de zones dures et d'une délimitation douteuse.

En présence de tels caractères, Messieurs : ulcération anfractueuse, dureté des tissus, altération prononcée de la fonction, le doute n'est plus permis, surtout quand vous observez encore de nombreux ganglions dans la région sous-maxillaire.

Portez vos doigts sous la mâchoire, dans la région sus-hyoïdienne, surtout à droite du côté correspondant aux lésions principales du plancher buccal et de la langue. Là, de gros ganglions se présentent, durs, bosselés, multiples et peu douloureux. Autour d'eux les parties molles sont encore saines, les muscles et le tissu cellulaire n'ont pas été envahis, mais ils n'ont pas de caractères inflammatoires et nous voyons en eux une nouvelle expression de la nature maligne des lésions précédemment décrites. Plus loin, vers l'angle de la mâchoire, on voit encore un autre ganglion justement placé en avant des vaisseaux carotidiens,

mais au-dessous de lui, sur le trajet du muscle sterno-mastoidien on ne retrouve plus rien ; les ganglions du cou sont restés indemnes.

Sur la ligne médiane, au-dessous du menton, je n'ai pas davantage trouvé de tumeurs ganglionnaires. A gauche enfin, il y a peu de chose, mais les doigts rencontrent encore une ou deux petites glandes roulant sous la peau et l'on prévoit déjà que là aussi ne tarderont pas à se manifester les progrès du néoplasme qui déjà a si fortement retenti sur le système lymphatique de la région sus-hyoïdienne droite.

Je vous ai dit, en commençant cette leçon, que l'évolution rapide s'expliquait en partie par le siège du mal. C'est qu'en effet, le plancher de la bouche est riche en vaisseaux lymphatiques et que les tumeurs malignes trouvent là un terrain tout prêt pour prêter à leur marche une voie facile : les vaisseaux reçoivent les éléments et les transportent au loin vers les ganglions. La clinique confirme ces données anatomiques en nous montrant, dans leur ordre de gravité croissante, les cancers de la muqueuse, de l'épaisseur de l'organe et du plancher de la bouche.

Nous sommes désormais fixés sur la nature de la tumeur et nous connaissons ses limites partout accessibles, bien qu'elles soient très reculées et fassent prévoir la nécessité d'un large sacrifice. Faut-il intervenir, Messieurs ? Je le crois. L'état local, l'état général et la menace des accidents qui plus tard survien-

dront sans aucun doute, nous fait un devoir de proposer l'opération.

L'état local est grave, vous le savez, les ganglions sont envahis, mais ils ne le sont pas tous; en dehors de la zone sus-hyoidienne, on n'en retrouve pas un seul. Il faut agir tandis que nous serions tenus de nous abstenir si les régions carotidiennes offraient, elles aussi, des tumeurs, et il faut agir en dépassant aussi largement que possible les tissus malades. Ici, plus que partout ailleurs, cette règle est de rigueur.

Quant à *l'état général*, il est bon; nous ne devons ajouter aucune importance à l'amaigrissement qui s'est dernièrement produit, car il est plutôt l'expression du défaut de nutrition et peut-être aussi de l'état d'inquiétude où se trouve plongé depuis un certain temps notre patient; mais il n'y a point de cachexie.

Et qu'arriverait-il, si nous renoncions à l'intervention? Oh, Messieurs, de tels malades sont destinés à d'atroces souffrances. L'innervation riche de cette région prépare des douleurs incessantes sur le point directement affecté, qui s'irradient bientôt dans la face, la tête toute entière, dans les oreilles, dans le cou, le pharynx et l'œsophage; et la vie est insupportable. Sans compter que cette forme de cancer épithélial qui procède par infiltration rapide et creuse rapidement et toujours plus avant, menace l'intégrité des vaisseaux: l'hémorrhagie est là, imminente, et vous voyez quelle est la situation misérable d'un

malade toujours poursuivi par la souffrance qu'on est obligé de tourmenter encore par les soins pénibles de l'hémostase.

Ce n'est pas tout, de la plaie fongueuse une sanie fétide s'écoule sans cesse, encombrant la bouche d'où elle arrive au pharynx: entraînée par la déglutition, elle infecte l'économie et provoque des troubles digestifs sérieux.

Il n'en faut pas davantage, vous en conviendrez, pour légitimer une opération qui laisse toujours après elle des chances de survie.

De quelle manière attaquerai-je la tumeur? Je vous demande, Messieurs, la permission de retracer en peu de mots les opérations proposées pour les tumeurs de la langue. — Quand un cancer occupe la pointe de l'organe ou une partie très voisine, par une incision limitée en forme de V, qu'elle soit faite avec un bistouri, le thermo ou le galvano-cautère, même l'écraseur, vous arrivez facilement à enlever largement la tumeur; mais ces tumeurs-là ont rapidement gagné une étendue de tissus suffisante pour rendre la voie buccale impossible ou bien difficile. Des ganglions ne tardent pas à se montrer et leur présence nécessiterait, dans tous les cas, une opération complémentaire qui déjà compromet sérieusement le plancher de la bouche. En agissant par la voie buccale vous vous exposez souvent à n'enlever qu'une partie du mal et par conséquent vous ferez une opération inutile et même nuisible.

Songez ensuite au mode de reproduction du cancer qui va, pour peu que ses limites ne soient pas largement dépassées, récidiver sur la muqueuse du plancher et dans les nombreux lymphatiques qui rampent à sa surface, enfin, dans les ganglions eux-mêmes.

Sont-ils donc nombreux les cancers que vous attaquerez par une incision peu étendue à travers la bouche entr'ouverte? Non, la méthode buccale reste limitée dans ses applications et il convient de rechercher une autre voie plus large, plus pratique : c'est à la région sus-hyoïdienne que vous demanderez de vous la donner. Par elle, en effet, vous enlèverez autant de muqueuse qu'il sera nécessaire, vous serez sûr de détruire autant que possible la zone lymphatique qui a servi d'intermédiaire entre la tumeur et les ganglions, vous enlèverez les ganglions infectés et les glandes salivaires trop rapprochées des ganglions malades et déjà compromises.

Quand vous reportez votre pensée sur le malade que je veux opérer, vous voyez, Messieurs, qu'il est dans des conditions requises pour être soumis à cette opération. La tumeur est large et profonde, mais non sans limites, la muqueuse de la bouche se trouve atteinte, et sous la mâchoire nos doigts rencontrent des glandes déjà volumineuses. Aussi, choisirai-je ce dernier procédé bien certain qu'aucun autre, pas même la section du maxillaire inférieur, ne donnerait autant d'avantages.

Voyez, en effet, par le détail des divers temps du manuel opératoire, combien la marche est sûre et de quelle façon les obstacles se trouvent évités. Par une large incision transversale en fer à cheval, on ouvre la région hyoïdienne, et, après avoir traversé des tissus peu épais, on tombe de suite sur les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques. Là, on rencontre fatalement la faciale dont la ligature, si elle doit être faite, n'offre ni difficulté, ni dangers. En même temps, on se trouve en présence des deux régions occupées par l'artère linguale, et il est important de jeter sur elle, une ligature qui sera, contre l'hémorrhagie, un obstacle définitif. Mais, puisque je vous parle de la ligature de l'artère linguale, je tiens à vous faire observer, Messieurs, qu'il est préférable de la faire dans le point où elle n'est pas encore tout à fait horizontale, c'est-à-dire en dehors du triangle du muscle digastrique, alors qu'elle n'a pas encore fourni l'artère dorsale de la langue. C'est au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde qu'il faut placer le fil; les points de repère sont précis : la grande corne, le nerf hypoglosse qu'on écarte en même temps des gros troncs veineux correspondant aux artères linguale et faciale; enfin les fibres du muscle hyoglosse qu'on incise et au-dessous desquelles se trouve le tronc artériel.

Après ces ligatures, l'opération a franchi les plus grands obstacles : vous vous attachez à bien énucléer