

des dents déviées ou cariées. La présence d'une dent susceptible de blesser la langue doit toujours faire songer à la possibilité de cette cause pathogénique, mais il faut savoir toutefois que la dent en question peut avoir agi comme simple cause déterminante; qu'elle a pu, précisément parce qu'elle blessait un peu la langue, favoriser en ce point le développement d'un épithélioma. L'aspect de l'ulcération suffit parfois à éclairer le diagnostic; elle siège presque invariablement sur la partie libre de la langue et sur ses bords. Elle est à grand axe antéro-postérieur. Habituellement son fond est à peine creusé, et ce fond n'est ni bourgeonnant, ni irrégulier, ni couvert de détritrus comme le sont les ulcérations du cancer. Généralement elles ne reposent pas sur une tumeur: s'il y a induration, celle-ci est superficielle et peu étendue. En outre, les douleurs sont parfois vives, mais ne présentent pas d'irradiations vers l'oreille. Enfin il s'agit souvent de sujets jeunes, et quand c'est une femme qui est l'objet de l'observation, le sexe même pourra aider dans une certaine mesure. D'ailleurs la moindre incertitude commande l'ablation de la dent suspecte, ou la suppression de la pointe qui entre en contact avec la langue. *Sublata causâ tollitur effectus.*

Pour la tuberculose linguale, dans sa forme typique il est impossible de la confondre avec la tumeur ulcérée du cancer, et Th. Anger a eu raison d'écrire qu'il suffisait d'avoir vu une ulcération tuberculeuse pour ne pas se tromper. Cela n'est plus vrai évidemment dans quelques cas, mais il s'agit alors de formes anormales.

Presque toujours, en effet, l'ulcération bacillaire se développe chez des tuberculeux avérés, fréquemment chez des phthisiques très avancés; elle est souvent à localisations multiples: il peut y en avoir deux ou trois sur la langue. Parfois elles siègent en même temps sur le pharynx, la joue, la lèvre. Au pourtour de l'ulcération dont les bords sont décollés, et qui est surtout étalée en surface sans tumeur notable sous-jacente, on trouve des points jaunâtres disséminés, lésions élémentaires dont Trélat a bien mis en lumière l'importance sémiologique. J'ai peine à comprendre que des erreurs de diagnostic aient conduit des chirurgiens à faire l'amputation de la langue pour des tuberculoses de cet organe, et, jusqu'à plus ample informé, ayant toujours vu autour de moi faire ce diagnostic par mes maîtres ou mes collègues, je pense qu'on doit pouvoir éviter ces confusions par l'étude attentive de la lésion et du malade qui la porte. Pour plus amples détails, je renvoie aux remarquables *Leçons* du regretté Trélat.

Les accidents primitifs et les accidents tertiaires de la syphilis peuvent seuls prêter à confusion, les plaques muqueuses, si communes dans la bouche, ne pouvant donner lieu à aucune hésitation.

Le chancre peut ressembler beaucoup à un épithélioma encore petit. En pratique, toutefois, il est rare qu'on le méconnaisse. Tout d'abord

il se rencontre souvent chez des femmes et chez des femmes jeunes, circonstances où l'on ne songe guère à l'épithélioma. Son évolution est rapide, il s'accompagne d'une adénopathie indolente et bien trop considérable pour un cancer d'aussi petites dimensions. Ce n'est pas une ulcération à proprement parler, mais une induration qui s'exulcère sans perte de substance véritable. Bref, on a généralement, dans l'examen local, les éléments d'un diagnostic exact. La marche de la maladie vient d'ailleurs, au bout de peu de temps, confirmer ou infirmer le diagnostic. Souvent d'ailleurs, au moment où le malade se présente, il est déjà en pleine poussée d'accidents secondaires dont la constatation ne saurait laisser de doute sur la véritable nature de la maladie.

Autrefois les glossites tertiaires étaient souvent confondues avec le cancer de la langue.

Les gommés ulcérées, par exemple, pouvaient induire en erreur. Cependant, dans les cas ordinaires, on peut assez aisément les reconnaître. D'abord elles sont souvent multiples, et à divers stades d'évolution; les unes, encore sous forme de noyaux, sont enchâssées sous la muqueuse, les autres ramollies, d'autres enfin largement ulcérées.

L'ulcère gommeux est généralement de petites dimensions. « Il est, dit Fournier, surtout remarquable par les quatre attributs suivants; 1° c'est un ulcère creux, notablement creux, eu égard à sa petite étendue, et quelquefois aussi creux que large; 2° c'est un ulcère entaillé dans les tissus durs et manifestement infiltrés; 3° c'est un ulcère à bords nettement découpés, souvent taillés à pic dans toute l'acception du mot, de façon à simuler une entamure faite à l'emporte-pièce; 4° enfin, et surtout, c'est un ulcère à fond jaune blanc bourbillonneux, tapissé d'un enduit adhérent, lequel n'est autre qu'un reliquat de l'escarre gommeuse en voie de liquéfaction et d'élimination progressive. »

Dans le cas où il n'y a pas d'ulcération, la tumeur épithéliale peut être confondue avec les tumeurs intralinguales. Mais, à vrai dire, pour la plupart des tumeurs bénignes, il est difficile de s'y tromper, d'abord parce que, ces tumeurs étant rares, en pratique on n'a pas trop à se préoccuper de les faire entrer en ligne de compte, ensuite parce que certaines d'entre elles, comme les lipomes, ont des caractères spéciaux qui les font reconnaître immédiatement, enfin parce que ces tumeurs bénignes ne sont généralement observées qu'après avoir acquis un notable volume, un volume tel qu'un cancer ayant ces proportions aurait depuis longtemps ulcéré la muqueuse, envahi les ganglions et déterminé de vives douleurs. En réalité, c'est avec des glossites scléreuses ou scléro-gommeuses qu'on est le plus exposé à les confondre. Sans doute, dans ces derniers cas, il n'y a pas habituellement de ganglion engorgé, ni de notables douleurs. En outre, il y a habituellement des lésions de la muqueuse linguale, qui font

immédiatement songer à la syphilis. Mais quelquefois, malgré les lésions superficielles, on peut rester dans le doute, tant les cas sont parfois complexes.

Aussi est-on amené souvent, pour trancher la question, à instituer un traitement d'épreuve. Cette pratique a été sévèrement jugée, et c'est avec raison, car, appliquée sans modération, elle peut conduire à des résultats désastreux. Trélat, faisant allusion à cette habitude très répandue d'instituer un traitement d'attente, destiné à faire ou à corroborer le diagnostic, disait que « neuf fois sur dix, le malade qui consulte un médecin pour un cancer de la langue, en reçoit un mauvais conseil », et de toutes ses forces il appuyait les conclusions de Verneuil, qui était venu porter plainte à la Société de chirurgie contre les praticiens obstinés dans la routine, persistant quand même à prescrire en pareil cas le mercure et l'iode de potassium. Depuis longtemps les effets funestes de ces médicaments avaient été signalés, en particulier par Th. Anger, dans son classique et remarquable travail.

L'iode, en effet, donnerait une sorte de coup de fouet à la maladie et en rendrait la marche plus rapide et plus grave. Le mercure agit d'une façon tout aussi nuisible et détermine avec la plus grande facilité des stomatites, qui aggravent tous les symptômes pénibles du néoplasme, et qui ne rétrocedent qu'avec lenteur et difficulté. Cependant on ne saurait proscrire absolument ces agents thérapeutiques merveilleux, qui, là comme ailleurs, dans les cas douteux, peuvent en quelques jours nous tirer d'embarras. L'abus seul est nuisible. Il n'est pas nécessaire, pour être fixé, de pousser le traitement d'épreuve à ses extrêmes limites. Si, au bout d'une semaine ou deux, il n'y a pas de modifications, il faut, loin de persévérer dans une voie qui deviendrait dangereuse pour le malade, admettre l'hypothèse d'une tumeur maligne et agir en conséquence.

On peut dire qu'en définitive, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic s'impose, et que dans un petit nombre il est très épineux. Généralement très facile, il peut être d'une extrême difficulté, pour un temps du moins. Car l'évolution inexorable du mal vient malheureusement et trop vite détruire toute illusion quand il s'agit de néoplasme. Pour Trélat, le diagnostic s'imposant presque toujours, l'important était de saisir l'*occasio praeceps*, d'opérer en temps opportun, sans hésitation, sans retard, sans gaspiller en traitement d'attente et dépenser un temps irréparable, sans attendre l'envahissement ganglionnaire. « Cette redoutable affection est curable quand elle est peu étendue et bien limitée, c'est-à-dire à ses débuts. Elle est curable par une opération facile et inoffensive. Plus tard, et ce plus tard vient rapidement — lorsque les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont pris, — tout traitement est impuissant. Voilà les deux termes du problème. Entre eux on introduit des considérations

dilatatoires. On parle de difficultés ou d'erreurs de diagnostic, de certains cas rares où les médicaments internes auraient réussi. Et c'est par ces insuffisances ou ces raretés qu'on voile l'effrayante netteté des indications thérapeutiques dans l'éminente majorité des cas (1). »

**Traitement.** — Quand la tumeur, par bonheur reconnue à son début, est limitée et de petit volume, l'indication n'est pas discutable, et il n'est pas de chirurgien qui se refuse à cette ablation facile. Mais il n'en va pas de même quand le néoplasme est étendu et les ganglions envahis.

Dans un grand nombre de cas l'indolence est parfaite, pendant les premières périodes de la maladie, l'incurie des malades inconcevable, et la tumeur a déjà pris, quand le chirurgien peut l'observer, de telles proportions, qu'il doit se résigner à ne rien faire. C'est entre ces deux extrêmes que se placent les cas le plus souvent observés. L'indication opportune n'est pas toujours facile à saisir, et bien délicate est souvent la conduite du chirurgien, ayant à choisir entre une opération grave dont le résultat, probablement médiocre ou nul, peut être désastreux, et l'abandon du malade à ses douleurs, à sa dégoûtante affection, à sa lente et terrible agonie. Est-il temps encore de faire quelque chose, et peut-on le faire sans tuer presque à coup sûr son patient? Graves questions qu'il est toujours difficile de trancher, et qu'on tranche parfois dans le mauvais sens.

Il s'agit souvent de malades âgés, emphysémateux, diabétiques, parfois déjà en voie de cachexie, dont la résistance est diminuée considérablement; il s'agit en outre d'interventions longues, laborieuses, et que leur gravité range encore parmi les plus meurtrières de la chirurgie. Mais abandonnés à eux-mêmes, ces malades sont perdus, irrémédiablement perdus, sûrement condamnés à une mort prochaine, après d'atroces souffrances. On est donc autorisé à passer outre, et à intervenir dans des conditions en apparence défavorables, quand on peut espérer, si peu fondé que paraisse cet espoir, quelques mois de survie, de bien-être, pendant lesquels l'opéré cessera de souffrir et pourra croire à sa guérison. Trélat, nous l'avons vu, simplifiait beaucoup sa ligne de conduite. Il opérait dans les cas limités, s'abstenait dès qu'il trouvait des ganglions. Perrin, Le Fort soutenaient la même doctrine. Découragés par les succès presque constants après les opérations les mieux conduites, beaucoup de nos maîtres se comportaient de la même façon. Dans la discussion de 1880, Verneuil mit bien en lumière le point le plus important du débat. Oui ou non, disait-il, faut-il opérer quand il y a des ganglions? et il répondait par l'affirmative. Il y a donc au traitement curatif, ou du moins prétendu tel, des limites que chacun comprend à sa manière et modifie suivant les résultats de sa pratique. A défaut de guérison,

(1) TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. I.

les partisans des interventions, même dans les mauvais cas, plaident pour la survie, plus longue, disent-ils, en somme, pour les malades qui ont subi l'opération.

Labbé, par exemple, revendiquait « le droit et le devoir » d'opérer ces cas défavorables. Ce à quoi Le Fort répondait : « Oui, sans doute, on peut procurer ainsi un an de survie. Mais quelle triste survie ! »

Les travaux plus récents paraissent être plutôt en faveur des opérations, même pratiquées dans de mauvaises conditions ; la formule de Trélat est devenue insuffisante, et, d'une façon générale, on peut dire que les interventions, sinon plus larges et plus hardies, mais peut-être plus méthodiquement conduites, permettent d'obtenir des résultats meilleurs qu'on n'aurait osé l'espérer.

Nous allons rapidement passer en revue les principales méthodes d'exérèse utilisées pour l'ablation du cancer de la langue ; nous dirons ensuite quelques mots du traitement palliatif applicable aux cas inopérables.

Dans des cas, qui malheureusement ne se présentent pas assez souvent au chirurgien, la tumeur étant petite et siégeant vers la pointe ou les bords, dans la partie accessible de la langue, il est facile de l'enlever par les voies naturelles, et pendant longtemps l'action chirurgicale s'est bornée là. Il est inutile de rappeler les anciens procédés de la ligature, de la destruction par les caustiques, etc. Ces moyens sont heureusement tombés en désuétude. La ligature élastique, encore en faveur il y a peu d'années et défendue pendant un temps par Trélat, est aussi complètement abandonnée.

Il en est de même de l'*écraseur*, dont Desprès fut à la Société de chirurgie le dernier partisan. Le mieux est actuellement de se servir du bistouri et des ciseaux. Suivant les cas, on pratiquera des incisions en ellipse, en V, ou telle autre que comporteraient la forme et les dimensions de la tumeur. Le tissu de la langue est très richement pourvu de vaisseaux et l'hémorragie qui résulte des sections pratiquées dans l'épaisseur de cet organe était justement redoutée autrefois ; de cette crainte naquirent les multiples procédés de ligature extemporanée et progressive. Les procédés d'hémostase dont nous disposons aujourd'hui permettent d'intervenir en toute sécurité.

Pincer au fur et à mesure les vaisseaux est ici un peu long et aussi parfois un peu gênant, à cause du grand nombre d'instruments qui encombrant la bouche. Comme l'ont indiqué Péan et Richelot, le mieux, c'est d'ischémier la langue, en plaçant préventivement de longues pinces, à mors lisses ou armés de dents, autour de la tumeur. On peut ainsi faire l'ablation du cancroïde sans perte de sang.

Un autre danger redouté des anciens était l'infection de la plaie. La suture exacte des surfaces cruentées, généralement acceptée aujourd'hui, est une excellente pratique qui, jointe à l'antisepsie buccale,

simplifie grandement les suites opératoires. En somme, l'excision de ces petites tumeurs est simple, facile et sans danger.

Mais ce n'est pas le cas habituel. Ainsi que le disait Trélat, « d'un côté les malades atteints de tumeurs petites et circonscrites se détournent des chirurgiens, craignent ou fuient leurs conseils et la possibilité de leur intervention ; de l'autre, les malades dont l'ulcère a progressé à travers tous les traitements décevants qu'ils ont tentés, viennent réclamer notre secours ».

Aussi est-on amené soit à s'abstenir, soit à pratiquer des interventions étendues pour lesquelles il est nécessaire de s'ouvrir une voie artificielle, les voies naturelles étant impraticables, insuffisantes ou dangereuses. Or, pour aborder la langue enfermée dans la cavité buccale, entourée du maxillaire inférieur, et reposant sur le plancher buccal, trois voies artificielles peuvent être admises *à priori* : la voie génienne qui ouvre la bouche par le vestibule buccal, la voie transmaxillaire, et la voie sous-maxillaire ou sus-hyoïdienne. Ces trois voies ont été suivies et nous allons passer brièvement en revue les divers procédés que comportent ces trois méthodes différentes. L'opération peut être dite simple quand on la pratique par les voies naturelles, et que tout l'acte opératoire consiste dans l'ablation du néoplasme. Quand, par suite du siège profond de la tumeur, de son grand volume, ou simplement guidé par des considérations théoriques et le désir de faire une intervention plus complète, le chirurgien prend le parti de s'ouvrir une voie artificielle, l'acte opératoire proprement dit est précédé et facilité par une *opération préliminaire*. D'autres manœuvres peuvent être pratiquées pour rendre plus sûre et moins grave l'*opération fondamentale*. Ainsi la ligature des linguales, ou la trachéotomie. Ce sont des opérations *adjuvantes*. Enfin, l'ablation terminée, il faudra songer à réparer, dans la mesure du possible, les dégâts causés par l'extirpation de la tumeur, et l'on est alors conduit à des opérations *réparatrices* ou *complémentaires*, lesquelles peuvent d'ailleurs être *immédiates* ou *tardives*.

La voie jugale, préconisée pour la première fois par Jaeger, suffit parfois à des opérations étendues sur la langue. Dans ce procédé, on incise la joue dans toute son épaisseur. L'incision commence au niveau même de la commissure, et s'étend horizontalement en arrière, allant, s'il est nécessaire, jusqu'au bord antérieur du masséter (fig. 22).

On a ainsi beaucoup de jour et une plus grande facilité de manœuvres. Cependant, pour ma part, les indications m'en paraissent restreintes.

Sans doute, cette incision n'augmente en aucune manière la gravité de l'opération. On peut affirmer aussi que, suturée immédiatement, elle a de grandes chances de réunir par première intention et de ne laisser qu'une cicatrice peu visible. Fût-elle disgracieuse, que ce

serait encore un mince argument, quand il s'agit de cancéreux, déjà âgés, et à qui on vient de supprimer une partie de la langue. Qu'importe pour ces pauvres gens quelques centimètres de cicatrice! Mais, en réalité, ce débridement commissural est presque toujours inutile. L'orifice buccal est facilement dilatable; on peut, en procédant par les voies naturelles, enlever la langue entière, avec une facilité relative, quand le plancher n'est pas envahi. Cet envahissement rend l'extirpation par la voie buccale à peu près impossible, si on la veut correcte et complète. Le débridement de la joue y aiderait, mais, à mon sens, l'envahissement du plancher commande l'emploi d'une autre voie plus directe, plus large, transmaxillaire ou sous-maxillaire.

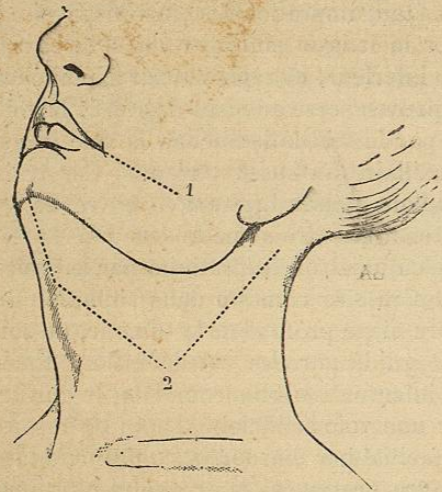


Fig. 22. — 1, débridement commissural; — 2, incisions de Kocher pour l'ablation du cancer de la langue (d'après BUTLIN).

Il est à peine besoin de mentionner cette singulière proposition de Little, qui voulait luxer temporairement les deux condyles pour produire l'écartement permanent des mâchoires, sans bâillon, et l'hyperdilatation de la bouche et de l'orifice buccal. Cette conduite n'est peut-être pas plus déraisonnable qu'une autre, si elle n'était inutile pour les cancers limités, et insuffisante pour les cancers étendus.

Roux, le premier, scia le maxillaire sur la ligne médiane, après avoir fendu verticalement la lèvre inférieure et les parties molles situées au-devant et au-dessous du menton. Sédillot, préoccupé de la difficulté de maintenir au contact les deux fragments du maxillaire divisé par la scie et d'empêcher leur chevauchement, modifia bientôt le procédé; au trait de scie vertical, il substitua une section en ligne brisée, de sorte que des deux fragments, l'un était en forme de coin, et l'autre en forme de fourche, et qu'emboîtés l'un dans l'autre, ils avaient peu de tendance à s'abandonner.

Syme, en Angleterre, adopta le procédé de Roux. Ces sections du maxillaire donnent un jour énorme: la section faite, l'ablation de la langue devient un jeu. On a les organes sous la main, et l'on opère à l'air libre et avec toutes ses aises. J'ai assisté à plusieurs opérations de ce genre, et réellement la facilité des manœuvres est extrême. Mais la gravité de cette opération, d'ailleurs réservée le plus souvent à des cas détestables, est excessive. La plaie de la lèvre réunit habituelle-

ment d'une façon rapide et parfaite, quand le malade survit, malgré le voisinage de la bouche, ainsi que j'ai pu m'en assurer, entre autres, sur un opéré de Reclus. On craignait autrefois que l'os divisé ne se reconsolidât point. Cette crainte est chimérique, et la suture osseuse maintient les deux fragments bien mieux que ne ferait l'encoche de Sédillot. La suppression des incisives médianes, nécessitée généralement pour le passage de la scie, est une considération bien secondaire. Il en est de même de la chute de la langue en arrière, que pourrait déterminer la section de son point d'attache antérieur. Il est toujours facile de parer à cet accident, en transfixant le moignon lingual à l'aide d'un fil qu'on fixe hors de la bouche.

En réalité tout cela est peu de chose, et s'il n'y avait que ces objections, cette méthode qui permet l'éradication facile et complète de la langue et du plancher buccal serait une méthode de choix. Malheureusement l'opération préliminaire ajoute beaucoup à la gravité de l'opération fondamentale, et produit de grands délabrements, qui sont pour beaucoup dans le fâcheux pronostic que comporte l'amputation de la langue pratiquée par la voie transmaxillaire. Il faut la garder pour les cas où il est véritablement impossible de faire autrement, et, ainsi comprise, l'indication en sera très rare.

M. Richet avait modifié ce procédé, en ce sens qu'il reportait la section osseuse en dehors vers le point où siègent habituellement les fractures du maxillaire et ménageait ainsi l'insertion antérieure des muscles de la langue. J'ai vu, alors que j'étais élève de Richet, mon vieux maître appliquer son procédé avec l'habileté qui lui était ordinaire. L'intervention fut rapide et le talent de l'opérateur contribua peut-être à nous convaincre de sa facilité. Cependant, si ma mémoire ne me trompe point, l'opéré mourut.

Langenbeck faisait aussi une section latérale du maxillaire, un peu plus en arrière que celle de Richet.

Tous ces procédés transmaxillaires doivent céder le pas à ceux dont nous devons maintenant nous occuper et qui me paraissent des procédés de choix. Ils consistent à s'ouvrir une voie à travers le plancher de la bouche. C'est la méthode créée par Regnoli. Regnoli, pour un cas où le diagnostic de cancer est d'ailleurs discutable, fit l'ablation de la langue par la voie sus-hyoïdienne. Il incisa d'abord les téguments sur la ligne médiane du menton à l'os hyoïde, puis, à l'extrémité antérieure de cette première incision, en fit tomber une autre qui la croisait perpendiculairement et était parallèle au bord du maxillaire. Après section des muscles sus-hyoïdiens, il ouvrit par cette voie la cavité buccale, et après avoir attiré toute la langue, il en fit l'ablation, après avoir appliqué une série de ligatures. Le procédé de Billroth est une modification du précédent. Supprimant l'incision médiane, il donne de plus grandes dimensions à l'incision curviligne dont les extrémités postérieures vont presque jusqu'aux angles de

la mâchoire. Au lieu de deux petits lambeaux, il y a un grand lambeau. De cette manière on peut faire très facilement l'ablation de la langue, des parties suspectes du plancher, des glandes et ganglions sous-maxillaires. C'est un manuel opératoire qui convient surtout pour l'ablation de la totalité de la langue.

Or, d'ordinaire l'organe n'est pas envahi dans sa totalité : une des moitiés seulement est occupée par le néoplasme. Mais, par contre, les ganglions sont infiltrés de bonne heure, et toujours suspects du côté correspondant.

Terrillon a insisté sur ce point dans la discussion de la Société de chirurgie en 1880. Sur deux malades, il avait trouvé ces ganglions infiltrés et néoplasiques, alors que cliniquement rien ne permettait de soupçonner l'envahissement. Les ganglions sous-maxillaires sont toujours suspects au même titre que les ganglions de l'aisselle dans le cancer de la mamelle, même quand l'exploration reste négative. Dans un cas comme dans l'autre, cette considération doit entraîner des conséquences analogues. Toute opération bien conduite, dirigée contre un cancer du sein, doit comprendre comme temps complémentaire et indispensable le curage de l'aisselle et l'éradication complète de ses ganglions et de sa graisse. Il en est de même pour le cancer de la langue, et à part des cas très limités, et tout au début, où l'on peut admettre qu'il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire, et pour lesquels on est autorisé à se contenter de l'ablation de la tumeur, le curage de la région sous-maxillaire, l'extirpation de tout ce qu'elle contient, s'impose absolument.

La voie sous-maxillaire est donc celle qui trouvera le plus communément son indication. C'était celle que préférait Verneuil, c'est celle que conseille Kocher. On peut dire que ce dernier auteur, en insistant sur ce point et en vulgarisant cette méthode, a rendu à la chirurgie du cancer de la langue un énorme service, et reculé les limites de l'intervention utile. On fait ainsi une opération raisonnable, logique et sûre, et qui a quelque chance d'être complète.

Kocher trace un grand lambeau, circonscrit par deux incisions (fig. 22) dont l'une va de la pointe de la mastoïde à l'os hyoïde, l'autre de la grande corne de l'hyoïde au menton ; d'autres se contentent d'une incision parallèle à la mâchoire, plus ou moins recourbée en haut à sa partie postérieure. Mais là n'est pas le réel intérêt de la méthode. L'important, je le répète, c'est de détruire tous les tissus suspects, c'est-à-dire tout ce que contient la loge sous-maxillaire, glande et ganglions.

Pendant qu'on est dans la région, et qu'on a sous la main la carotide externe et ses branches, il est bon de lier la linguale ou mieux encore la carotide externe. Les temps délicats de l'opération s'exécutent alors sur des tissus exsangues, et avec une grande sécurité. Après ablation de la sous-maxillaire, on effondre la muqueuse

buccale, ou mieux on l'incise au ras du maxillaire, et la langue, saisie par de fortes pinces à traction, est attirée dans la plaie sus-hyoïdienne, fendue sur la ligne médiane, et la moitié malade est extirpée.

Dans une clinique récente, M. Le Dentu (1) recommande d'utiliser l'anse galvanique pour faire l'ablation de la tumeur linguale après évidemment de la loge sous-maxillaire. Une aiguille spéciale facilite le placement des fils, manœuvre qui, sans cela, est toujours un peu laborieuse.

Si l'on ne se sert pas de l'anse galvanique, il est bon de rapprocher par des sutures les bords des surfaces cruentées, pour éviter, comme toujours, de laisser les plaies librement en contact avec le milieu buccal.

Cette voie sous-maxillaire me paraît être la meilleure et la plus sûre, et je ne saurais trop en recommander l'emploi. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle arrivent une foule d'auteurs qui ont récemment écrit sur le traitement du cancer de la langue, Spencer (2), Cotterell (3), Grellety (4), A. Sehlbach, etc.

Pour ce qui est du traitement de la plaie sous-maxillaire, Verneuil exigeait qu'on la laissât béante, préférant « ouvrir la porte aux microbes du dedans que la fermer à ceux de l'extérieur ». Il recouvrait donc la plaie d'un léger pansement qu'on enlevait plusieurs fois par jour, pour faire des lavages et de la pulvérisation phéniquée. En opposition à ce pansement, qu'il appelait antiseptique ouvert, il faut opposer la manière de Kocher, qui tamponne la bouche, le pharynx, et réunit la plaie extérieure. Ce tamponnement nécessite le maintien de la canule de la trachéotomie, qu'on a pratiquée alors comme opération préliminaire, et l'alimentation par la sonde œsophagienne ou les lavements nutritifs. En France, du moins, la plupart des chirurgiens suivent une pratique intermédiaire : ils réunissent la peau complètement ou incomplètement, et comptent, pour désinfecter la bouche, sur de fréquentes irrigations antiseptiques, suivies d'applications de gaze iodoformée sur la plaie buccale, mais sans tamponnement du pharynx. La sonde œsophagienne, qu'on fait d'habitude passer par les fosses nasales, rend de grands services pour alimenter le malade pendant les premiers jours.

Pour ce qui est de la trachéotomie préliminaire, elle a été très vantée, surtout à l'étranger. Elle rendrait plus facile l'anesthésie, permettrait d'obturer les voies aériennes, soit en utilisant la canule de Trendelenburg, soit en appliquant une éponge sur l'orifice supérieur du larynx, et empêcherait ainsi la chute du sang, de la salive, des

(1) LE DENTU, *Bulletin médical*, 1897.

(2) SPENCER, *Lancet*, 1896.

(3) COTTERELL, *Lancet*, 1894.

(4) GRELLETY, th. Montpellier, 1891.