

débris de cancer dans la trachée, permettrait de tamponner le pharynx et la bouche, et de traiter ainsi la plaie buccale comme une plaie ordinaire, et enfin mettrait le malade à l'abri des complications pulmonaires si communes à la suite des opérations portant sur la bouche et le pharynx.

Cependant l'emploi de la trachéotomie préliminaire ne s'est pas généralisé chez nous, malgré l'importante communication de M. Monod (1) à la Société de chirurgie et le remarquable plaidoyer de mon ami Civel en faveur de cette méthode (2).

Il est certain que cette opération préliminaire est loin d'être indispensable et qu'on peut en somme presque toujours s'en passer. On a peine à concevoir qu'une opération qui est par elle-même une cause fréquente de broncho-pneumonie serve précisément à en préserver le malade. D'autre part, la chloroformisation peut être continuée par le procédé de l'éponge imbibée de chloroforme. Enfin, les hémorragies opératoires, et par conséquent la chute du sang dans les voies aériennes, peuvent être évitées par les ligatures préliminaires. Ces ligatures ont une valeur discutable, d'une façon générale, mais dans le cas particulier, puisque les artères sont sur la route, il est tout indiqué de ne pas se priver de l'utile adjuvant que peut apporter leur oblitération dans l'exécution de l'opération fondamentale.

Les opérations dirigées contre les cancers de la langue sont toujours graves, si l'on en excepte les toutes petites tumeurs dont on fait l'ablation par la bouche en quelques coups de ciseaux. Souvent, très souvent, la mort survient rapidement, quelquefois par épuisement, par *shock* si l'on veut, quelques heures ou quelques instants après l'opération, quelquefois par hémorragie, par asphyxie causée par la chute de la langue, parfois par inanition, ce qui arrivait surtout à l'époque où l'on n'usait pas de la sonde à demeure, parfois aussi par phlegmon diffus du cou, complication devenue bien rare, enfin et principalement par pneumonie septique. C'est la grande cause de mort pour les opérés de cancer de la langue. Le pronostic opératoire immédiat est donc très sérieux ; même entre les mains les plus habiles, ces interventions peuvent devenir meurtrières. Trop souvent, en outre, ces opérations sont stériles et, après un temps très court, on voit survenir la récurrence.

Sans doute, il s'agit d'une chirurgie ingrate et dont les résultats sont fort peu consolants. Mais néanmoins ces résultats sont certainement moins mauvais qu'autrefois. Il est certain que de temps à autre on a des survies prolongées qui peuvent passer pour des guérisons, et ces cas heureux doivent nous aider à ne pas perdre courage. Le cancer de la langue est local, il envahit par propagation, il ne se généralise point ; une intervention assez étendue pour

(1) MONOD, *Soc. de chir.*, 1886.

(2) CIVEL, th. Paris, 1891.

détruire tous les tissus envahis ou douteux, devrait pouvoir arrêter la marche du néoplasme. Un grand progrès a été fait dans ce sens quand on a reconnu la nécessité d'extirper systématiquement les ganglions. Les procédés modernes qui, avec moins de dégâts, permettent plus de besogne utile, ménagent le sang du malade, et les soins mieux compris de la plaie buccale atténuent beaucoup du reste la gravité immédiate des interventions. La mortalité opératoire a diminué en effet dans des proportions considérables. Cette mortalité, que O. Just en 1860 évaluait à 39 p. 100 et B. Anger en 1872 à 35 p. 100, tombe à 10 p. 100 d'après la statistique de Kocher, publiée par H. Sachs en 1889, à 14 p. 100 d'après les résultats opératoires de Whitehead. Et même on cite des séries exceptionnellement heureuses : Billroth, 17 guérisons consécutives, Volkmann, 2 morts sur 9 interventions, Butlin une seule sur 46 cas d'ablation de la langue !

Traitement palliatif. — Quand l'étendue du néoplasme et l'état général précaire contre-indiquent toute tentative d'intervention curative, ou bien quand une récurrence a montré l'inutilité de l'acte opératoire, le chirurgien peut encore beaucoup pour son malade. Ce dernier porte dans la bouche une surface ulcérée, il exhale une odeur infecte, et souffre. On peut supprimer l'odeur et calmer la souffrance. La première indication est relativement facile à remplir, et ces malades, dont la présence suffit à empoisonner l'atmosphère d'une grande salle, peuvent être rendus tolérables pour leurs voisins de lit ou leurs parents, par un traitement approprié. Pour satisfaire à cette première indication, des lavages de la bouche seront exécutés régulièrement et plusieurs fois par jour. On fait passer dans la bouche à l'aide d'une seringue, ou mieux d'un bock, une solution boriquée ou chloralée, pendant que la tête est légèrement inclinée en avant pour empêcher la chute du liquide dans les voies aériennes. L'ulcération sera nettoyée chaque jour à l'aide de tampons montés, et pansée avec une mixture d'iodoforme et de benjoin, ou de glycérine iodoformée. Quand la fétidité est considérable, quelques applications de teinture d'iode ou d'acide chromique sont indiquées. Ces applications sont désastreuses sur un néoplasme jeune, dont elles activent la prolifération, et elles doivent être alors absolument et rigoureusement proscrites ; mais dans le cas que nous supposons, elles n'atteignent que des couches déjà mortifiées du néoplasme, et n'ont qu'un rôle antiseptique et bienfaisant. J'ai eu, à la consultation de l'hôpital Broussais, l'occasion de mettre en pratique ces divers procédés de désinfection, et souvent, en quelques jours de traitement, j'ai vu disparaître l'affreuse odeur exhalée par les malades, et la disparition de ce pénible symptôme est appréciée autant par le malade que par ceux qui vivent autour de lui.

Contre la douleur, nous sommes moins bien armés. Cependant la

cocaïne rend ici d'inappréciables services en applications locales à la surface de la tumeur, ou en injections dans l'épaisseur de la langue. Quand les douleurs sont très vives, insupportables, on est autorisé à faire la section du nerf lingual, ce qui n'est habituellement pas difficile. L'opération se pratique par la bouche, et peut se faire sans anesthésie. Cependant, en France, elle est assez peu en faveur, et l'on se borne d'habitude à laisser le malade user à son gré de la morphine. On a proposé aussi (M. Baker) d'arracher toutes les dents en contact avec la masse néoplasique, intervention qui ne trouve que bien rarement son indication.

Il faut aussi songer à l'alimentation, toujours rapidement compromise. La mastication étant à peu près impossible, il faut suppléer à cette cause de déchéance en donnant au malade des aliments liquides, du bouillon où l'on aura mis de la viande hachée ou des œufs, du lait, etc. Prolonger la vie, c'est peut-être prolonger les souffrances, mais enfin c'est encore la partie la mieux définie de notre rôle. D'abondantes hémorragies surviennent parfois à la période ultime du cancer de la langue. C'est presque toujours l'artère dorsale de la langue qui est en cause. Ces hémorragies peuvent en quelques instants entraîner la mort du malade; plus souvent elles se prolongent sous forme de suintement, ou se suspendent pour reparaitre. Ces hémorragies revêtent toujours un caractère alarmant; elles sont d'autant plus graves qu'elles surviennent chez des cancéreux ordinairement très avancés. On peut essayer en pareil cas des applications de glace, de perchlorure de fer. J'ai réussi une fois en appliquant un tampon imbibé de cocaïne, alors que je pensais faire, tant le sang coulait en abondance, la ligature de la linguale, et pendant qu'on préparait le nécessaire pour cette opération.

Il est bien rare qu'on puisse placer une pince sur le vaisseau saignant au milieu de tissus friables, alors que la bouche est pleine de sang et le malade épouvanté. D'ailleurs la bouche s'ouvre avec difficulté, il est presque toujours impossible de voir le point saignant.

L'application du fer rouge présente aussi des difficultés qui rendent son emploi souvent impossible.

Aussi, quand le cas est grave et le danger pressant, sans s'attarder à des manœuvres infidèles, il faut aller tout droit à la linguale et en faire la ligature. C'est cependant une opération délicate, rendue parfois très laborieuse par l'engorgement ou l'envahissement néoplasique des ganglions sous-maxillaires. Il faut découvrir l'artère à sa partie postérieure, au-dessous du ventre postérieur du digastrique, avant qu'elle ait émis sa branche dorsale. Il existe quelquefois des anomalies de cette artère, qui en rendent alors la recherche très difficile (1). Quand on ne la trouve pas, ou quand la présence de gan-

(1) MORESTIN, *Soc. anat.*, 1894.

glions néoplasiques adhérents empêche d'aborder la région où elle siège habituellement, et que cependant le temps presse, il faut jeter un fil sur la carotide externe, qu'on découvre en prolongeant un peu en arrière l'incision de la linguale. Ces hémorragies se produisent parfois chez des opérés chez lesquels, au cours de l'opération, on a déjà lié la linguale du côté malade; il faut alors lier celle du côté opposé, et si l'hémorragie persistait, la carotide externe du côté malade.

Enfin, quand le cancer siège à la base de la langue, il détermine parfois des accès de suffocation qui peuvent entraîner la mort du malade. On est alors conduit à faire une opération palliative pour mettre le malade à l'abri de la mort par asphyxie, trachéotomie ou laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

IV. — TUMEURS DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Le plancher de la bouche comprenant toutes les parties molles situées entre la peau et la muqueuse buccale d'une part, entre le maxillaire inférieur et l'os hyoïde d'autre part, nous devrions décrire ici les tumeurs de la *glande sous-maxillaire* qui occupent la région sus-hyoïdienne latérale. Il est préférable toutefois, nous conformant d'ailleurs à l'exemple de nos devanciers, d'en réserver l'étude. Ces tumeurs, ayant de grandes analogies avec celles de la *parotide*, seront décrites avec elles dans un chapitre commun. Autour de la glande sous-maxillaire on trouve des ganglions susceptibles de devenir le siège de tumeurs. Mais ces tumeurs ne méritent point une étude distincte. Leur hypertrophie et leur dégénérescence tuberculeuse coïncident avec des lésions analogues des ganglions cervicaux (1), et ce serait faire double emploi que d'en présenter ici une description spéciale. D'autre part, les ganglions sous-maxillaires, s'ils sont très rarement le siège primitif de tumeurs malignes, sont fréquemment envahis secondairement. Nous avons suffisamment insisté sur les caractères de ces adénopathies cancéreuses pour n'avoir plus à y revenir. Aussi laisserons-nous de côté les maladies de ces ganglions, bien qu'elles soient communes et importantes, pour n'en parler qu'à propos du diagnostic des autres affections, et ne décrirons-nous que les tumeurs du plancher de la bouche proprement dit. Quelques lignes suffisent pour les *lipomes*, les *angiomes*, mais nous nous étendrons un peu plus longuement sur les *kystes du plancher*, qui constituent la plus intéressante variété de tumeurs qu'on puisse constater à ce niveau, et sur l'*épithélioma*, dont l'étude mérite aussi quelques développements.

Lipomes. — Dupuytren recueillit en 1830 la première observation

(1) Voy. *Traité de chir. clin.*, t. IV.