

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.



de lipome du plancher de la bouche. Il prit tout d'abord la tumeur pour une grenouillette, mais une ponction au bistouri lui montra son erreur. Il fit l'extirpation de la masse graisseuse et le malade guérit.

Marjolin, un peu plus tard, commettait la même erreur en prenant un lipome sous-lingual pour une grenouillette.

En 1863, Landeta (1), dans son important travail sur les tumeurs du plancher de la bouche, en rapporte trois observations.

En 1874, l'excellente thèse de Labat réunit toutes les observations, connues à ce moment, de lipomes buccaux. Sur trente-deux cas qui répondent à cette dénomination, il en est neuf qui siègent dans le plancher de la bouche.

Depuis ce travail fondamental, les nouvelles observations n'ont apporté aucune notion importante sur cette question, et cela se conçoit si l'on songe que le lipome, tumeur bénigne et en elle-même banale, ne présente ici d'intérêt que par son peu de fréquence en ce point de l'économie.

Il existe dans le plancher de la bouche deux couches graisseuses, l'une au-dessus du mylo-hyoïdien, entourant la glande sublinguale, l'autre au-dessous de ce muscle, entre la peau et l'aponévrose sus-hyoïdienne.

Indépendamment des lipomes qui peuvent prendre naissance dans ces deux couches, il semble qu'il y en ait un certain nombre dont on puisse soupçonner l'origine congénitale.

La tumeur n'est pas toujours constituée seulement par du tissu adipeux. Souvent une trame conjonctive dense sépare les pelotons graisseux et l'on a affaire à un fibro-lipome.

La masse lipomateuse entoure parfois le mylo-hyoïdien, en se réfléchissant sur son bord postérieur, de façon qu'une partie soit située au-dessus et l'autre au-dessous de cette sangle musculaire.

Cliniquement, la tumeur ne saurait présenter un aspect caractéristique qu'après avoir acquis un notable volume. Constamment indolente, évoluant avec une extrême lenteur, elle détermine rarement des troubles fonctionnels sérieux. Il faut pour cela qu'elle ait atteint des dimensions relativement considérables. Or, à ce moment, on constate dans le plancher buccal une masse assez bien limitée, de consistance molle, pseudo-fluctuante, et donnant aussi parfois l'illusion de la réductibilité. La muqueuse buccale, soulevée par la tension et amincie, laisse transparaître la coloration du tissu adipeux.

On peut être embarrassé pour reconnaître la nature de l'affection, alors surtout que le lipome est encore d'un médiocre volume.

En pareille circonstance, on peut être amené à penser à toutes les tumeurs du plancher buccal: grenouillette, kystes dermoïdes, an-

(1) LANDETA, thèse de Paris, 1863.

giomes, etc. Mais l'incertitude ne saurait être de bien longue durée, et les caractères propres à ces différentes affections permettent presque toujours de sortir d'embarras.

Bien que le pronostic soit par lui-même sans gravité, il n'est pas contestable que l'indication qui résulte de la constatation d'un de ces lipomes est d'en pratiquer l'ablation. C'est par la bouche qu'on procède à cette ablation. Dans certains cas, les choses se passent avec une extrême simplicité. Ce fut ce qui arriva en particulier pour celui que Monod a communiqué à la Société de chirurgie (1). On incise la muqueuse, la masse graisseuse vient faire hernie entre les lèvres de la plaie. Saisie avec une pince, elle se laisse entraîner sans difficulté. Quelques légères tractions, quelques coups de sonde cannelée, et la tumeur est énucléée. Ce n'est pas toujours aussi simple, mais enfin il n'y a jamais de bien sérieuses difficultés. Il est inutile d'ajouter que la guérison doit toujours suivre cette intervention.



Fig. 23. — Tumeur érectile du plancher (d'après LISTON).

**Angiomes.** — Dolbeau, en 1857, a décrit les *grenouillettes sanguines*. Ce mot ancien et défectueux n'a plus de raison d'être. Le plancher de la bouche est parfois le siège de tumeurs érectiles; mais ces angiomes sont assez rares, du moins ceux qui prennent véritablement naissance dans cette région, celle-ci pouvant être envahie secondairement par des tumeurs sanguines occupant primitivement la langue, le cou, le pharynx ou la joue. — Rien ne les distingue anatomiquement des angiomes ordinaires, et il n'y a rien de bien particulier non plus à signaler au sujet de leur étiologie ou de leurs symptômes. Elles sont susceptibles d'occuper tous les plans de la région, d'acquies des proportions considérables et d'amener les plus étranges déformations (fig. 23).

J'en ai observé un cas remarquable sur un malade du service de M. Ricard. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel la maladie s'était manifestée quelques mois seulement auparavant. La tumeur, soulevant la muqueuse du plancher de la bouche, formait une voussure, une saillie arrondie et légèrement bleuâtre qui repoussait la langue en arrière.

A la région sus-hyoïdienne existait également une légère voussure,

(1) MONOD, Soc. de chir., 1881.