

On observe, à cette période, deux formes principales : l'une végétante et l'autre rongeante.

Dans la *forme végétante*, la langue est volumineuse, mamelonnée, rougeâtre, creusée de cavités anfractueuses d'où émergent de gros champignons durs, saignant au moindre contact, comme les bords éversés de l'ulcération d'où ils naissent. Autour de ces ulcérations, on sent par le toucher une masse néoplasique remarquable par sa dureté. Tout autour, la langue est gonflée et ses bords œdématisés gardent l'empreinte des dents.

A un degré fort rare, l'hypertrophie peut devenir véritablement énorme et, dans cette *forme hypertrophiante*, la langue sort, en prolapsus permanent, entre les arcades dentaires. Panas a fait mouler un exemple de cette forme, dont Peyrot et Castex (1) ont publié un cas remarquable.

Dans la *forme rongeante*, l'ulcération prend le pas sur le bourgeonnement néoplasique. Elle détruit sur une étendue plus ou moins grande la partie libre de la langue; ses bords sont durs, épais, renversés, quelquefois taillés à pic; son fond grisâtre, sanieux, est piqué de points blancs des vermiothes.

Je mentionnerai enfin la *forme atrophique*, où la sclérose ratatine la langue superficiellement ulcérée. Ce squirrhe de la langue est comparable au squirrhe atrophique de la mamelle. Cette forme semble avoir une marche relativement lente, mais la durée d'une quinzaine d'années doit faire garder quelques doutes sur le fait, à examen histologique insuffisant, de Morel-Lavallée. Les cas récents de Cerné, de Lagoutte sont probants; mais, en somme, il s'agit d'une rareté.

Quelle que soit la forme, exception faite pour la forme atrophique où les signes suivants sont atténués, l'ulcère épithélial saigne au moindre contact, laisse suinter un ichor fétide qui se mêle à la salive sécrétée en abondance et ce liquide, qui s'écoule en partie au dehors, exhale une odeur tellement repous-

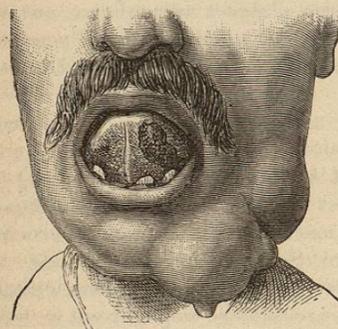


FIG. 59. — Cancer ulcéré de la langue avec engorgement des ganglions. (Th. Anger.)

sante que, pour emprunter à Boyer une phrase imagée, « l'ami le plus tendre, l'épouse la plus dévouée ne peuvent vaincre le dégoût qu'elle inspire ».

La tumeur gagne de proche en proche, souvent avec rapidité. Elle envahit le plancher buccal auquel des adhérences ne tardent pas à fixer la langue; elle s'étend vers la base de l'organe, infiltrant les piliers du voile du palais, l'amygdale, l'épiglotte et le larynx.

A cette période, l'engorgement ganglionnaire est constant; on peut dire que c'est une étape obligée dans l'évolution naturelle du mal. Mais son époque d'apparition est variable. A en croire Heur-

taux, sa rapidité serait parallèle à celle de l'ulcération; mais les faits ne sont pas rares, et Th. Anger en relate, où il y a disproportion manifeste entre une ulcération médiocre, méconnue même, et une adénopathie volumineuse. En pratique, on peut dire que, lorsqu'un malade vient consulter pour un cancer de la langue, dans la majorité des cas le chirurgien trouve des ganglions dégé-

(1) CASTEX, *France méd.*, Paris, 1887, t. I, n° 22, p. 257. — Voy. aussi la pièce de Panas au musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 522.

nérés; et ce serait la presque totalité si l'on allait, de parti pris, disséquer la région où doivent anatomiquement se trouver ces ganglions, trop petits encore pour être cliniquement appréciables. Il semble, en règle générale, que l'adénopathie soit plus lente à débiter dans les épithéliomes leucoplasiques.

Cette adénopathie est constituée au début par de petits ganglions durs, isolés, mobiles et roulant sous le doigt, qu'il faut chercher du côté de la lésion linguale, sous le maxillaire inférieur, le long de la carotide et sur les côtés du cartilage thyroïde. Pour bien examiner le plancher buccal et déceler dès le début de leur engorgement les ganglions sous-maxillaires, il faut palper entre un ou deux doigts introduits sous la langue et l'autre main appliquée à la région sus-hyoïdienne. Ces ganglions, en grossissant, se touchent les uns les autres en une masse volumineuse, unique mais lobulée, adhérente au plancher buccal, à la mâchoire, à la peau, devenant à un moment donné bilatérale et pouvant même, comme le prouve un fait de Demarquay, être finalement plus volumineuse du côté opposé à l'ulcération linguale. Abandonnée à son évolution naturelle, cette masse ganglionnaire se ramollit, ses bosselures se marquent à la peau par des taches violacées qui s'ulcèrent et, par ces fistules à bords durs et éversés, font saillie des bourgeons cancéreux.

A côté de cette forme ordinaire, lente, il existe quelquefois une adénopathie aiguë, pour ainsi dire phlegmoneuse, sur laquelle Th. Anger surtout a insisté. Un gonflement considérable, diffus, que recouvre une peau d'apparence normale, se déclare à la région sous-maxillaire, où souvent aucun ganglion n'avait été jusque-là constaté; l'œdème de voisinage peut gagner jusqu'aux replis ary-épiglottiques et provoquer de la dyspnée; un chapelet douloureux marque la place des ganglions carotidiens. Le gonflement sous-maxillaire ne fluctue pas; si on l'incise, il en sort, au début, un peu de sérosité; si le sujet succombe, on trouve, comme Busch, Morel-Lavallée, une infiltration purulente autour des ganglions cancéreux; si les accidents s'apaisent, l'œdème disparaît, et il reste l'engorgement chronique habituel. Il semble bien que cette adénopathie aiguë, avec accidents phlegmoneux diffus, soit due à l'invasion d'une infection septique partie de l'ulcération buccale, et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer comment cette complication survient, survenait surtout autrefois, à la suite des interventions chirurgicales restées incomplètes, les ganglions légèrement engorgés ayant été méconnus, ou bien à la suite d'un traitement mercuriel explorateur poussé jusqu'à provoquer une glossite.

2° SIGNES FONCTIONNELS. — Au début, la langue est seulement inhabile, d'où un peu de gêne de la mastication et quelque empâtement de la parole. Mais ces modifications sont d'ordre purement mécanique et à cette période, tant que l'épithéliome n'est pas ulcéré, l'indolence est à peu près constante. Les douleurs du cancer, sur lesquelles il a été pendant si longtemps classique d'insister, n'existent presque jamais à cette période. Si le malade souffre, c'est seulement aux moments, assez fréquents il est vrai, où en mâchant il inflige une morsure à la langue, maladroitement laissée entre les arcades dentaires. Puis, peu à peu, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles, la tumeur grossit, s'ulcère et alors commencent les vraies douleurs lancinantes, souvent atroces, provoquées par le moindre contact et entravant ainsi l'alimentation, mais fréquemment aussi spontanées, nocturnes même et empêchant le sommeil.

Ces douleurs irradient volontiers, et parmi ces irradiations une des plus usuelles se fait vers l'oreille. Cette otalgie a été nettement indiquée par Arnott,

par Roux; depuis, les auteurs classiques la mentionnent avec soin et G. Richard lui a consacré sa thèse inaugurale ⁽¹⁾. Lancinante, extrêmement intense, ne s'accompagnant pas de troubles de l'ouïe, elle se caractérise par des élancements d'une rapidité extrême, survenant sans cause connue, par crises, le plus souvent nocturnes et éveillant brusquement le patient. Entre les accès, l'oreille est absolument indolente. L'otalgie siège du même côté que le cancer; elle devient bilatérale lorsque le néoplasme a franchi la ligne médiane ⁽²⁾.

Au fur et à mesure que la tumeur progresse, la langue, plus grosse et moins souple, se colle de plus en plus au plancher buccal et finalement la phonation est à peu près indistincte, la mastication tout à fait impossible; la déglutition même, pendant longtemps respectée, est troublée. Le contact des aliments, des dents, provoque des souffrances, des suintements sanguins. Si l'on joint à cela la sécrétion ichoreuse et fétide, l'écoulement continu de la salive sécrétée avec excès, la privation de sommeil, on se représente aisément combien la situation du patient devient horrible.

Marche. — Complications. — La marche de l'épithéliome lingual abandonné à lui-même est fatalement progressive. On a bien vu quelquefois la tumeur se sphacéler et on a eu ainsi des espérances de guérison: illusions bientôt démenties, et chez les malades de Richet ⁽³⁾, de Robert ⁽⁴⁾, de Larrey la récidive n'a pas tardé. En moyenne, la durée totale est de 14 mois d'après les calculs de Lebert, de Th. Anger; de 2 ans d'après ceux de S. Duplay. Il est exceptionnel qu'elle dépasse 4 à 5 ans, dans les cas les plus torpides, et c'est une des principales objections au fameux squirrhe de Morel-Lavallée. La généralisation, je l'ai déjà dit, est fort rare: mais la malignité locale est telle que la mort est inévitable. C'est dans la cachexie la plus profonde que succombe souvent le malade, épuisé par l'impossibilité de l'alimentation, par l'insomnie, par la septicité buccale, par les suintements sanguins, par les souffrances. Souvent aussi une complication vient brusquer le dénouement. Ainsi, Larrey a vu un malade mourir d'infection purulente sans avoir été opéré. Morel-Lavallée a communiqué à la Société de chirurgie deux observations dont les sujets sont morts asphyxiés par l'œdème de la glotte ⁽⁵⁾. Ou bien une suppuration diffuse et promptement mortelle part des ganglions infectés et envahit le cou.

Mais, après la cachexie, les deux manières de mourir les plus fréquentes sont l'hémorragie et la pneumonie.

L'hémorragie ordinaire, celle qui est due au suintement des bourgeons néoplasiques, peut être abondante, répétée, et hâter la mort. Mais les hémorragies promptement mortelles, quelquefois même presque foudroyantes, ont d'habitude pour cause l'envahissement d'une artère importante, perforée par l'ulcération de la langue ou des ganglions. C'est ainsi que Plé, Chassaignac, Louis ont constaté l'ulcération de la linguale et Camuzet celle de la carotide interne.

⁽¹⁾ G. RICHARD, Thèse de doct. de Paris, 1878, n° 595.

⁽²⁾ Pour expliquer cetteotalgie quand elle est provoquée par une ulcération antérieure, on invoque avec Thiersch l'anastomose du nerf lingual et de la corde du tympan. Pour les ulcérations postérieures, dit Richard, il faut se souvenir des connexions du glosso-pharyngien avec le rameau de Jacobson.

⁽³⁾ RICHET, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1855, t. V, p. 588.

⁽⁴⁾ ROBERT, Thèse de doct. de Paris, 1856, n° 192.

⁽⁵⁾ MOREL-LAVALLÉE, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1850, t. I, p. 841. — Voy. aussi H. ROBERT, Thèse de doct. de Paris, 1856, n° 192, p. 61.

Les pneumonies ne sont pas rares et elles sont volontiers gangreneuses. Demarquay, Syme, Dietz, Thiersch ont attiré l'attention sur elles. Elles ne sont d'ailleurs pas spéciales aux cancers de la langue, mais sont une complication commune à tous les épithéliomes ulcérés des voies digestives supérieures ⁽¹⁾. Elles sont dues à la déglutition vicieuse de parcelles septiques diverses, morceaux d'aliments, fragments ou sécrétions du néoplasme, qui pénètrent dans le larynx et de là vont infecter le poumon. Les Allemands les appellent avec juste raison « Schluckpneumonie » ou pneumonies par déglutition. Elles relèvent donc à la fois de la septicité buccale et de la maladresse de la déglutition. Elles ne sont pas seulement importantes dans l'évolution du cancer, mais il faut aussi en tenir grand compte dans le pronostic opératoire, car elles sont — et leur pathogénie l'explique de reste — une des principales causes de mortalité après les interventions où l'on a dû intéresser la mâchoire inférieure, le plancher buccal, la base de la langue et les piliers du voile.

Pronostic. — Ainsi, l'évolution naturelle du cancer de la langue aboutit invariablement à la mort. La chirurgie y change-t-elle quelque chose?

La première question qui se pose est la suivante: Peut-on parler de guérison radicale? A. Richard en doutait, et, en 1857, il a exprimé ses doutes à la Société de chirurgie ⁽²⁾. En 1880, A. Desprès, plus affirmatif encore, a déclaré que la récidive était constante au bout de deux ans au plus et que les chirurgiens optimistes devaient leurs illusions à des erreurs de diagnostic. Néanmoins on ne saurait révoquer en doute toutes les observations publiées en 1857 par Huguier, Chassaignac, J. Cloquet; en 1880, par Verneuil, Trélat, Guyon, Le Dentu, etc.; à l'étranger par Billroth, par Rose et Schläpfer, etc. Tous ces chirurgiens, dont on ne contestera pas l'expérience clinique, ont vu des opérés survivre sans récidive pendant 5, 4, 6, 8 ans et plus. Des relevés récents de Le Dentu et de son élève E. Cestan il semble résulter que ces succès sont plus fréquents pour l'épithélioma leucoplasique; mais ces auteurs sont les premiers à reconnaître que cette règle n'a rien d'absolu.

Ces faits heureux, dont plusieurs sont étayés d'un examen histologique, sont, et de beaucoup, plus rares que pour l'épithéliome labial, mais ils existent. Doit-on les qualifier de guérison radicale? Certes, on devra garder toujours une prudente réserve, et n'oublier point les repullulations survenues après 2, 5, 4 ans et plus de parfaite santé. Mais il est difficile de nier le bénéfice que les patients ont tiré de l'intervention.

Dans la statistique de Billroth et Wœlfel, 22 pour 100 des opérés qui ont guéri de l'intervention restent sans récidive pendant 5 ans et plus ⁽³⁾. Cette statistique, il est vrai, semble particulièrement favorable. Mais celle de Th. Anger — et elle date de la période pré-antiseptique, où les opérations étaient souvent

⁽¹⁾ GUILLOT, Thèse de doct. de Paris, 1881, n° 512.

⁽²⁾ *Discussion*, p. 179, 184, 215, 245, 587.

⁽³⁾ G. Binder (*Beitr. zur klin. Chir.*, Tubingue, 1896, t. XVII, n° 2, p. 255) donne la statistique suivante, portant sur 57 cas opérés à la clinique de Zwicker par des procédés divers: morts opératoires 7 (hémorragie 1, bronchopneumonie 5, collapsus 5); 5 morts de maladies intercurrentes; 15 morts de récidive en 6 à 11 mois; 5 sortis de l'hôpital avec récidive; 8 sans récidive depuis 1 an 1/2 à 15 ans 1/2. Si l'on ne prend que des observations récentes, le pronostic immédiat s'améliore, et par exemple, Butlin a publié récemment (*British med. Journal*, London, 14 avril 1894) une série de 46 hémiablations avec une seule mort. — Pour la statistique de Kocher (69 cas), voy. W. Sachs, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1895, t. XLV, p. 774.

trop parcimonieuses — nous apprend que les opérés ont en moyenne 10 mois de vie de plus que les non-opérés. C'est là un résultat palliatif important à bien constater, d'autant mieux que, pendant plus ou moins longtemps, les patients ont été débarrassés des douleurs, des sécrétions fétides.

C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour juger les indications opératoires. Sur les cancers de la pointe, sans adénopathie, personne ne discute : l'ablation s'impose, efficace et facile. Mais quand sont envahis soit la base de la langue, soit les ganglions en une masse importante, alors l'abstention a ses partisans. Mais la plupart des opérateurs n'hésitent pas à intervenir si l'acte est anatomiquement possible : quelques survies inespérées s'observent, de temps en temps ; et dans la majorité des cas on pallie, pour quelques semaines ou quelques mois, les troubles fonctionnels sans cela atroces.

Lorsque la récidive a lieu, elle atteint soit la cicatrice et le plancher buccal, soit les ganglions, soit les deux à la fois. Quand on la juge anatomiquement opérable, il faut l'opérer, et en particulier on obtient quelquefois des survies remarquables par l'ablation des ganglions plus ou moins tardivement dégénérés, la cicatrice linguale restant indemne.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile, évident même quand le mal est parvenu à sa période d'état. Le sexe et l'âge du sujet, l'induration qui entoure l'ulcère, les douleurs lancinantes et surtout l'otalgie, l'engorgement ganglionnaire, mettent à l'abri de l'erreur. Mais ces signes, qu'il est classique d'énumérer, en les répétant, pour le diagnostic différentiel de la syphilis, de la tuberculose, de l'ulcère dentaire, ne forment un ensemble caractéristique qu'à une époque tardive. Or, l'intérêt capital est d'établir un diagnostic précoce, avant l'existence des douleurs, de l'engorgement ganglionnaire. Et même ces deux signes, de grande importance sans doute, ne sont pas pathognomoniques. L'otalgie, il est vrai, est exceptionnelle dans les lésions syphilitiques, mais on a exagéré sa rareté dans les ulcérations tuberculeuses, et j'en dirai autant pour l'engorgement ganglionnaire.

Ces quelques données générales une fois indiquées, passons au diagnostic différentiel.

L'*épithéliome interstitiel* non ulcéré sera souvent confondu soit avec un kyste, soit avec un fibrome, ou plutôt on prend ces tumeurs pour des cancroïdes. Mais cela tient surtout à ce qu'elles sont rares tandis que le cancroïde est vulgaire et que dès lors on ne songe pas à elles : car, même quand elles siègent dans la base, leur apparition chez des sujets jeunes, leur marche lente, leur exacte limitation les feront soupçonner pour peu que l'on y pense, et quant aux kystes, il suffira d'avoir l'idée d'y faire une ponction exploratrice.

Les gommès à la période de crudité sont assez souvent multiples ; leur marche est lente ; la muqueuse est ordinairement atteinte de fissures caractéristiques.

L'*épithéliome papillaire* ressemble, au début, aux papillomes simples, à la leucoplasie buccale, aux condylomes syphilitiques. Pour parler plus exactement, la question doit plutôt être posée autrement : ces lésions sont susceptibles de se transformer en cancroïdes, comment apprécier cliniquement le moment où se fait cette transformation ? A vrai dire, par exemple, il ne s'agit pas de déterminer si on est en présence d'une leucoplasie, ou d'un cancroïde ; mais bien reconnaître si cette leucoplasie est simple ou en voie de dégénérescence. Or, c'est là un problème obscur, et j'ai déjà dit qu'en somme l'induration

est un des signes les plus précoces et les plus suspects. L'aspect verruqueux également doit être tenu pour de mauvaise augure. Il va sans dire qu'en cas de doute on n'hésitera pas à croire au cancroïde et à pratiquer l'ablation de la partie malade.

Quand ce diagnostic est à débattre, il y a déjà, dans bien des cas, une ulcération plus ou moins nette. Mais ce n'est pas là une de ces vraies ulcérations, reposant sur une induration néoplasique, où le diagnostic est à discuter avec l'ulcère dentaire, l'ulcère tuberculeux, la syphilis.

L'ulcère simple, en effet, peut s'indurer, être fongueux, s'accompagner d'adénopathie, survenir chez un homme âgé : il sera alors quelquefois impossible de se prononcer avant d'avoir arraché le chicot causal et d'avoir observé attentivement les effets de cette extraction. Même ainsi, on restera parfois perplexe, en face des ulcères simples en voie de transformation épithéliale et que l'extraction dentaire améliore pour un temps. L'induration ligneuse du cancer est un des meilleurs signes ; au besoin, on aura recours à l'examen histologique d'un fragment excisé ; et enfin mieux vaut enlever un ulcère bénin que de laisser évoluer un épithéliome.

De même pour l'ulcération tuberculeuse : lorsque seront en défaut les arguments tirés de l'induration, du semis de points jaunâtres, de la tuberculose pulmonaire, les examens histologique et bactériologique resteront le seul critérium. Th. Anger a bien affirmé qu'il suffisait d'avoir vu un ulcère tuberculeux pour ne plus se tromper : mais les erreurs de Lücke, Entenœuer, Petersen lui donnent un démenti, et c'est à de ces erreurs, suivies d'amputation, que Nedopil a dû plusieurs pièces d'ulcère tuberculeux.

La syphilis tertiaire est la source de méprises vulgaires et, malheureusement, on tend d'ordinaire à admettre la syphilis plutôt que le néoplasme, en sorte que l'on prescrit une médication inutile, dangereuse même. Ces dangers ne résultent pas seulement du temps perdu, mais encore, et surtout, de l'exacerbation subie par le cancer sous l'influence du traitement iodé et hydrargyrique. De cette aggravation résulte un principe important en pratique : ne recourir que le moins possible au traitement dit « pierre de touche ». Ce traitement était à peu près universellement prescrit il y a quelques années pour peu que le cas fût douteux : Larrey, Verneuil, Trélat ont montré qu'il est plus nuisible qu'utile⁽¹⁾. Il faut lui préférer, et de beaucoup, l'examen histologique des produits obtenus par raclage ou par excision ; et si, exceptionnellement, on s'adresse à lui, il faudra le faire avec modération et avec une surveillance attentive.

Les gommès ulcérées typiques, avec leurs bords souples et nets, leur fond bourbillonneux, peu bourgeonnant et peu saignant, leur indolence, leur absence d'adhérences au plancher buccal, ne seront pas souvent méconnues ; ne le seront même jamais si à cela s'ajoutent des fissures de la muqueuse lobulée, des commémoratifs nets, des accidents concomitants. L'hybridité cancéro-syphilitique vient compliquer la question ; cette hybridité, décrite surtout par Verneuil et son élève Ozenne⁽²⁾, pourrait être constituée par la combinaison du cancer aux trois formes de la syphilis, d'où les trois formes cancéro-gommeuse, cancéro-scléreuse, et cancéro-scléro-gommeuse. Deux variétés principales seraient à distinguer : dans l'une, une lésion syphilitique sert à localiser le cancer, et ce

⁽¹⁾ Bull. et Mém. de la Soc. de chir., Paris, 1880, n. s., t. IV, p. 619, 624, 651, 664, 682, 699.

⁽²⁾ OZENNE, Thèse de doct. de Paris, 1885-1884, n° 158.