

cancer garde dans son aspect et ses allures quelque chose de la syphilis initiale; dans l'autre, un cancer atteint un syphilitique, et cela fait la diathèse imprime jusqu'à un certain point son cachet sur l'ulcération néoplasique. Ces hybrides auraient une marche plus lente, causeraient des douleurs moins vives, saigneraient moins facilement. Ces particularités cliniques ne sont pas hors de contestation. La seconde variété est même douteuse. Mais la première existe certainement et l'aspect objectif est alors, pendant quelque temps, à la fois celui de la gomme et celui du cancer : le problème est donc le même que pour les transformations malignes de la leucoplasie, de l'ulcère dentaire. C'est dans ces conditions qu'est indiqué le traitement pierre de touche, pour bien déterminer si dans la lésion examinée existe un élément contre lequel, après amélioration initiale, il reste impuissant.

A titre de faits curieux, je citerai deux observations.

A. Desprès⁽¹⁾ a vu une ulcération arsenicale ressemblant à un cancer chez une femme qui mettait constamment dans sa bouche des fils de soie teints au vert de Scheele.

Kappeler⁽²⁾ a observé un homme de vingt-six ans, chez qui une myosite sclérosante de la base de la langue, liée sans doute à l'existence de calculs du canal de Wharton, ressemblait à un cancer et fut extirpée comme telle par la voie sus-hyoïdienne.

Le diagnostic différentiel une fois établi, ce n'est qu'une partie de la besogne. Il est indispensable d'explorer par la vue, le toucher, l'exploration bimanuelle, la langue, le voile du palais, le plancher buccal, les ganglions cervicaux; il faut déterminer avec soin si la base de la langue est envahie, si la ligne médiane est franchie. De là résulteront les indications opératoires que j'ai résumées précédemment; de là résultera aussi le choix du procédé opératoire.

Traitement. — La seule chance de cure radicale est dans l'extirpation du néoplasme. Mais il y a des indications au traitement palliatif. Quant au *traitement médical*, on y a à peu près complètement renoncé. Autrefois Cloquet, Larrey, Richet, puis Verneuil ont dit avoir eu quelques résultats palliatifs par l'administration de l'arsenic; plus récemment Verneuil a conseillé de soumettre les opérés à cette médication, qui préviendrait, jusqu'à un certain point, la récurrence⁽³⁾. En tout cas, on ne connaît pas d'inconvénient à cette manière de faire. J'en arrive, maintenant, au traitement chirurgical, palliatif et curatif.

A. Traitement palliatif. — Un traitement palliatif bien dirigé rend de réels services dans les cancers inopérables.

Toujours on aura soin d'arracher les dents cariées et pointues, d'ordonner des aliments mous et non irritants, de prescrire des lavages buccaux fréquents, d'appliquer sur les ulcérations détergées des poudres antiseptiques et narcotiques. Butlin, par exemple, préconise une poudre où il associe l'iodoforme, le borax et le chlorhydrate de morphine.

A côté de ces moyens, toujours indiqués, il en est d'autres qui ont des indications spéciales.

La douleur sera combattue par les narcotiques appliqués directement sur

⁽¹⁾ A. DESPRÈS, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1880, n. s., t. IV, p. 624.

⁽²⁾ KAPPELER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1882, t. XVI, p. 569.

⁽³⁾ VERNEUIL, *Troisième Congrès franç. de chir.*, Paris, 1888, p. 206.

l'ulcération ou administrés en injections hypodermiques. Certains auteurs anglais ont tenté, lorsque les souffrances sont vives, de les faire cesser par la section du nerf lingual : mais les faits de Hilton Moore, Collin ne sont pas bien encourageants et la névrotomie n'a donné, tout au plus, que des améliorations passagères.

L'asphyxie peut nécessiter la trachéotomie; contre la dysphagie on s'adressera au cathétérisme œsophagien répété ou même on mettra une sonde à demeure, introduite par une des narines.

Les hémorragies s'arrêtent par les styptiques, la glace, la compression sur l'ulcération ou sur la carotide. Au besoin, et cela surtout quand on est en présence d'une ulcération vasculaire, on liera une des linguales, les deux si c'est nécessaire, ou la carotide externe.

Peut-on espérer mieux encore de ces ligatures à distance? Après un succès de Mirault (d'Angers) on a cru, pour un instant, qu'elles étaient susceptibles d'avoir une action atrophiante heureuse. Mais le succès de Mirault a trait à une femme de vingt-trois ans : sexe et âge bien rares; et depuis, on n'a plus enregistré de guérison semblable. C'est tout au plus si Roux, Demarquay, P. Broca ont vu la tumeur s'affaïsser, d'où une facilité plus grande de la respiration et de la déglutition⁽¹⁾.

Je ne parlerai des flèches caustiques, des injections interstitielles au nitrate d'argent, à l'acide acétique, que pour constater leur complet abandon. Peut-être, les injections de chlorate de potasse procurent-elles quelques améliorations.

B. Traitement curatif. — L'ablation, ai-je dit, est le seul traitement curatif. Elle se pratique par des procédés opératoires très nombreux, avec ou sans opérations préliminaires pour frayer une voie d'accès artificielle. Je me garderai bien de décrire en détail tous ces procédés, mais je vais tâcher de montrer quelles sont les indications des principaux.

Lorsqu'on est en présence d'un épithéliome petit, récent et limité, occupant la pointe de la langue et n'ayant pas encore, presque à coup sûr, provoqué d'engorgement ganglionnaire, de tout temps la conduite chirurgicale a été bien simple : d'un coup de ciseaux ou de bistouri on abat la partie malade et, après ablation de ce fragment en V, on suture les bords de la plaie. Pour ces petits épithéliomes, on a quelquefois employé d'autres procédés, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis et l'indication de l'instrument tranchant est absolue.

C'est surtout pour les cancers plus étendus qu'on a discuté, principalement pour ceux qui tendent à gagner la base de l'organe ou le plancher buccal. Dans ces conditions, les hémorragies primitives et secondaires étaient naguère fréquentes, étaient même la règle, et on s'ingéniait à trouver des procédés qui missent en garde contre ces accidents. De là les ligatures lentes préconisées par Mayor, Récamier, Blandin; Cloquet et Arnott ont passé leurs anses par la voie sus-hyoïdienne. De nos jours, on a tenté de recourir à la ligature élastique, et je mentionnerai quelques essais de Delens, Gosselin, Verneuil, Trélat⁽²⁾. Mais la langue sphacélée, lente à se détacher, est une cause d'odeur repoussante et de septicité, et l'on a définitivement renoncé à la ligature lente.

⁽¹⁾ Voy. sur ce sujet : MAUVOISIN, Thèse de Paris, 1875, n° 172. — LARRIEU, Thèse de Paris, 1882, n° 242.

⁽²⁾ Voy. QUINOT, Thèse de Paris, 1876, n° 61. — GAILLARD, Thèse de Paris, 1880, n° 8.

La ligature extemporanée est représentée ici par le serre-nœud de Maison-neuve ou mieux par l'écraseur de Chassaignac, et il est certain qu'à l'aide de cet instrument on évite à coup sûr l'hémorragie primitive. Aussi, avant les perfectionnements de la forcipressure, l'écraseur avait de nombreux partisans. Les autres chirurgiens préconisaient la méthode galvano-caustique, plus récemment supplantée à peu près complètement par le thermo-cautère.

Écraseur linéaire et fer rouge mettent fort bien à l'abri de l'hémorragie primitive, mais, quoi qu'on en ait dit, ne sont nullement efficaces contre l'hémorragie secondaire, au contraire. Ces plaies, toujours contuses ou brûlées, toujours septiques, saignaient volontiers à la chute des eschares. Aujourd'hui, par la forcipressure nous sommes armés contre l'hémorragie immédiate, par l'antisepsie nous luttons contre l'hémorragie secondaire et nous pouvons admettre avec Kocher, qu'en amputant la langue l'instrument tranchant est « le moyen le plus sûr, le seul moyen sûr d'éviter l'hémorragie secondaire. »

Voilà pour le choix de l'instrument d'exérèse. Pour l'hémorragie primitive, à la forcipressure on joint souvent la ligature préalable de la linguale ou des deux linguales. Cette opération préliminaire, qui ne complique pas l'exploration, souvent nécessaire, des ganglions sous-maxillaires, est à cet égard excellente. Il y a longtemps qu'elle a été pratiquée par Flaubert, Mirault, Roux, et elle s'est vulgarisée depuis (1). Certains chirurgiens, toutefois, préfèrent assurer l'hémostase immédiate avec les longues pinces courbes et dentées inventées à cet effet par Péan : avec elles on circonscrit la région malade et on l'excise aux ciseaux. On retire ces pinces après avoir placé des points de suture que l'on serre ensuite et qui empêcheront tout écoulement sanguin.

Une pratique bien plus expéditive et souvent employée consiste à laisser ces pinces à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; quand on les retire, l'hémostase est assurée. Mais c'est un procédé de beaucoup inférieur à la suture, car il exclut la possibilité de la réunion immédiate : or, comme l'a dit F. Terrier (2) l'indication capitale est de chercher, par la suture, à fermer hermétiquement la porte d'entrée aux microbes pyogènes qui iraient causer dans des ganglions jusqu'alors à peine ou pas malades ces poussées graves, si fréquentes naguère.

Telles sont les principales considérations générales sur l'exérèse envisagée au point de vue de l'hémostase et de l'antisepsie : nous concluons donc en faveur de l'instrument tranchant et de la suture, dans les limites où cette dernière est possible.

Mais par quelle voie aborder le néoplasme? Pour les petits cancers de la pointe, aucun doute; l'ouverture buccale suffit. Pour les cancers plus étendus, deux partis sont en présence : certains chirurgiens se contentent des voies naturelles; d'autres se frayent, au contraire, des voies artificielles.

En Angleterre, par exemple, Whitehead (3) exécute par la bouche, à l'aide des ciseaux, des amputations très étendues. Wölfler nous apprend que Billroth, naguère partisan de la voie sus-hyoïdienne, s'est rallié à la voie buccale. En France, L. Labbé agit volontiers de même. C'est à peine s'il faut compter comme voie artificielle le débridement de la commissure proposé par Jäger et souvent employé depuis; cet agrandissement de la bouche donne beaucoup de

(1) VORANGER, Thèse de Paris, 1856, n° 85. — MAUVOISIN, Thèse de Paris, 1875, n° 172.

(2) F. TERRIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1891, n. s., t. XVII, p. 91.

(3) WHITEHEAD, *Congrès intern.*, Londres, 1881, t. II, p. 461.

jour, mais ne sert pas à grand'chose pour agir sur le plancher buccal. Or le plancher buccal est très important à considérer ici.

Souvent, en effet, il est envahi; plus souvent encore, dans son épaisseur existent des ganglions engorgés; et même Kocher (1), Terrillon ont montré qu'en ouvrant de parti pris la loge sous-maxillaire on y trouve fréquemment des ganglions déjà malades, mais petits et cliniquement inappréciables. Pour ne pas laisser cette graine de cancer, il faut donc curer presque toujours cette loge, enlever les glandes et les ganglions. De là une manière d'agir : on incise d'abord la région sus-hyoïdienne, ce qui sert à lier préventivement la linguale et à extraire les ganglions suspects; on respecte le plancher buccal s'il n'est pas envahi, et l'on attaque la langue par les voies naturelles.

A cette manière de faire, certains chirurgiens, Verneuil surtout, objectent qu'on enlève bien les deux foyers néoplasiques principaux, mais que l'on conserve, avec le plancher buccal, les traînées lymphatiques qui les réunissaient et qui sont dangereuses. Le mieux est donc, si l'on ouvre la loge sous-maxillaire, de continuer hardiment par là, de désinsérer le plancher buccal le long de la mâchoire et d'attirer au dehors, par cette large brèche, la langue que l'on amputera en dépassant de loin les limites du mal. Cette voie sus-hyoïdienne, employée par Regnoli, par Maisonneuve, a été remise en honneur par Verneuil, Billroth, Kocher. L'incision varie : tantôt unilatérale, parallèle au bord inférieur de la mâchoire; tantôt en une ligne brisée symétrique par rapport à la ligne médiane.

Lorsqu'on veut de la sorte aller loin, gagner franchement vers la base de la langue et les piliers du voile du palais, le jour est insuffisant, et dans ces conditions il faut faire appel à la section du maxillaire inférieur. Langenbeck conseillait une section osseuse latérale. On préfère en général, avec Roux et Sédillot, la section médiane. On écarte largement les deux moitiés de l'os et l'on a un libre accès sur la langue et le voile du palais. Pour ces opérations si étendues, ce n'est plus la seule linguale qu'il faut lier préventivement, mais bien la carotide externe.

Après les interventions où l'on a attaqué le plancher de la bouche, la base de la langue, la mâchoire inférieure, la mortalité reste considérable. Elle est due surtout aux pneumonies gangreneuses, et aussi à l'insuffisance de l'alimentation. C'est que la déglutition est bien difficile, que la région opérée est malaisée à garder aseptique et que des parcelles infectées sont aspirées dans les voies respiratoires qu'elles vont contaminer. Il est facile d'alimenter le sujet par une sonde introduite dans une narine, fixée à demeure au besoin. Mais pour assurer l'asepsie de la plaie, les lavages à l'acide borique, aux solutions chloralées sont insuffisants. Le seul moyen est de pratiquer la trachéotomie préliminaire; puis, l'opération une fois terminée, on peut tamponner la cavité bucco-pharyngienne avec de la gaze iodoformée. Cette méthode, préconisée par Kocher et couramment employée en Allemagne, a encore pour avantage, pendant l'opération, de permettre une chloroformisation régulière et d'éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes. Elle n'est pas, croyons-nous, assez répandue en France, malgré une note fort intéressante de Ch. Monod (2).

Depuis deux ans, au lieu de ces sections osseuses, Vallas (de Lyon) a proposé

(1) KOCHER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1882, t. XVI, p. 569.

(2) CH. MONOD, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1886, n. s., t. XII, p. 126 (disc. p. 140, 502, 570).

de faire au cou une incision médiane, de sectionner de même l'os hyoïde et, en écartant les deux lèvres de la plaie, on a un jour considérable pour lier la linguale et pratiquer, avec peu de danger, l'amputation totale de la langue avec l'épiglotte au besoin, par voie transhyoïdienne (1); on peut alors éviter la trachéotomie préalable.

VII

MALADIES DES NERFS

Les nerfs de la langue sont, les uns spécialement moteurs et les autres spécialement sensitifs. Les troubles observés du côté de cet appareil nerveux ressortissent pour la plupart à la médecine, mais il en est que le chirurgien doit connaître.

A. — NERFS MOTEURS

Du côté des nerfs moteurs, je mentionnerai les contractures, les spasmes, les paralysies, les atrophies.

Presque jamais les *contractures et spasmes* n'intéressent le chirurgien : hystérie, chorée, épilepsie, etc., autant de causes d'ordre purement médical. Mais je dois citer une observation remarquable de John Mitchell (2) où les spasmes linguaux étaient provoqués par des caries dentaires avec gingivite. Cette excitation périphérique agissait-elle à la faveur d'un état général névropathique ? La chose est possible, mais en tout cas, la suppression de la lésion gingivo-dentaire amena la guérison du spasme. Madelung (3) a dû un succès à la section des génioglosses.

Je serai tout aussi bref sur les *paralysies et atrophies* : l'hystérie, l'ataxie locomotrice, les hémorragies bulbaires, la paralysie labio-glosso-laryngée n'ont rien qui nous concerne. Mais quelquefois ces symptômes peuvent fournir des indications pour diagnostiquer une lésion justiciable de la chirurgie. On peut, en effet, reconnaître de la sorte une compression du nerf grand hypoglosse. Or Dupuytren et Choisy (4) ont vu le nerf comprimé par des hydatides ; Clarke, Haberson (5), par un cancer secondaire de la base du crâne. J. Paget (6), guidé par ce symptôme, a pu aller à la recherche d'un séquestre de l'occipital qu'il a enlevé avec succès. Ailleurs, dans une lésion traumatique du cou (7), la paralysie linguale permettra de diagnostiquer que le grand hypoglosse est intéressé par le corps vulnérant. On n'oubliera pas que, parfois — des observations de Holt-

(1) VALLAS, *Gaz. des hôp.*, Paris, 15 janvier 1894. — ETIÉVANT, *Ibid.*, 1897, n° 110, p. 1075. — FRARIER, *Echo méd.*, Lyon, 1896, t. I, p. 67.

(2) J. MITCHELL, *Med. chir. Transact.*, London, 1815, t. IV, p. 25.

(3) LANGE, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1895, t. XLVI, p. 704.

(4) CHOISY, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1852, p. 114, et 1853, p. 6.

(5) HABERSON, *Med. Times and Gaz.*, London, 1867, t. I, p. 140. — CLARKE, *Med. chir. Trans.*, London, 1871, t. LV, p. 90.

(6) J. PAGET, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1869, t. III, p. 258. — RICOCHON (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 30 nov. 1896, p. 791) a publié un cas d'hémiatrophie linguale par mal de Pott sous-occipital.

(7) BABINSKI, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 31 juillet 1896, p. 671.

house, de R. Leudet (1) le démontrent — la syphilis est la cause de l'atrophie linguale. Enfin, à titre d'exception, on se souviendra que la paralysie linguale peut être réflexe, et Netchaïeff (2) en a guéri une en traitant une lésion des fosses nasales.

B. — NERFS SENSITIFS

Les nerfs sensitifs de la langue sont de deux ordres : les uns affectés à la sensibilité générale, les autres à la sensibilité gustative.

Les altérations et perversions du goût n'ont à peu près rien de chirurgical; il suffit de mentionner leur possibilité au cours de certaines lésions du rocher où la corde du tympan est compromise; elles confirment alors le diagnostic, établi surtout par la paralysie faciale concomitante.

La *névralgie linguale* mérite de nous arrêter un peu plus.

Appelée glossalgie par Breschet et Finot, quelquefois décrite sous le nom de glossodynie, la névralgie linguale est généralement unilatérale. Dans certains cas, elle n'est qu'un élément de la névralgie du nerf maxillaire inférieur, mais dans d'autres elle existe à l'état isolé. Alors, elle peut avoir les caractères ordinaires des névralgies, avec leurs élancements douloureux, leur exaspération par le moindre mouvement, ou bien elle s'accompagne de troubles variés du côté de la muqueuse : et c'est ainsi que Gellé a noté le zona de la langue; Kaposi, Degle, une exfoliation épithéliale remarquable (3).

On a quelquefois traité chirurgicalement ces névralgies linguales caractérisées. Ainsi Clément Lucas a pratiqué l'élongation du nerf lingual; Vanzetti (4), Rose, Dubrueil (5), se sont adressés à la résection, peut-être préférable. J'ai eu un bon résultat par l'arrachement du nerf.

Dans certains cas, cette douleur lancinante part d'un point toujours le même et les malades sont persuadés qu'ils portent en cet endroit une lésion que presque toujours ils croient ulcéreuse, cancéreuse même. Parfois, sans doute, on voit là une petite masse papillaire, siégeant à la partie postérieure du bord libre et sans cesse prise entre les dents; E. Albert, Diday ont publié des faits de ce genre. Mais souvent on ne voit absolument rien au point incriminé, et les patients ne veulent pas admettre cette absence d'ulcération. On ne s'en étonnera pas, car ils sont presque toujours atteints de maladies nerveuses plus ou moins accentuées : hystérie, ataxie, paralysie générale, hypochondrie. C'est alors l'état nerveux qui domine la thérapeutique, et lorsque le chirurgien n'aura pas réussi, par l'ascendant de son autorité, à persuader au patient qu'il lui donne une médication qui guérira ce prétendu cancer, il sera parfois autorisé à faire sur la région supposée malade de petites excisions, des scarifications, des cautérisations pour détruire cette *ulcération imaginaire* (6). Il va sans dire que s'il y a une lésion locale appréciable, une hypertrophie papillaire par exemple, on commencera par en pratiquer l'excision.

(1) R. LEUDET, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1887, p. 615.

(2) NETCHAEFF, d'après *Bulletin méd.*, Paris, 1888, p. 898.

(3) KAPOSI, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 361. — DEGLE, *Ibid.*, 1886, p. 1528.

(4) VANZETTI, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1867, 2^e série, t. VIII, p. 422.

(5) DUBRUEIL, *Semaine méd.*, Paris, 1892, p. 14.

(6) Voy. sur ce sujet : A. VERNEUIL, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1887, t. XVIII, p. 429; disc. p. 430 et 435. — MAGITOT, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 788. — POYET, *Bull. méd.*, Paris, 1887, p. 1019.