

au précepte de toujours examiner la gorge dans les cas de ce genre. De même on se méfiera toujours des maux de gorge persistants chez les gens âgés.

Avant l'ulcération, le cancer du voile sera souvent pris pour un adénome, mais il s'en différenciera par la marche plus rapide, l'adhérence de la muqueuse, l'âge du sujet.

A l'amygdale, l'hypertrophie est bilatérale; le lymphadénome a une évolution plus rapide; le kyste hydatique, au contraire, marche lentement, n'engorge pas les ganglions. Les calculs amygdaliens causent des poussées inflammatoires répétées.

Après l'ulcération, les erreurs ne sont pas rares avec le chancre amygdalien, et je citerai celles de Péan et Hue, de Merklen. Le chancre est régulier de forme cependant, accompagné d'un engorgement ganglionnaire rapide et assez souvent pré-auriculaire, d'après Taylor. Dans certains cas de plaques muqueuses avec hypertrophie unilatérale de l'amygdale granuleuse et indurée, il faut attendre avant de se prononcer (A. Fournier). La syphilis tertiaire enfin, par les ulcérations anciennes consécutives aux gommages diffusés, peut simuler le cancroïde; une observation célèbre est celle d'un homme envoyé à Bicêtre comme incurable par Blandin, après une opération suivie de récurrence, et que Maisonneuve guérit par l'iodure et le mercure; l'indolence, l'absence d'adénopathie sont alors importantes à considérer.

Pour la tuberculose proprement dite, certains auteurs, parmi lesquels il y a quelques années A. Castex, insistent sur l'indolence et l'absence d'adénopathie: mais ces deux symptômes font souvent défaut dans l'épithéliome au début, au moment où le diagnostic est le plus important; d'autre part, ils sont fréquents dans l'ulcération tuberculeuse; les différences dans l'aspect objectif sont les mêmes qu'à la langue. Le lupus de la gorge peut, dans certaines formes, ressembler notablement à un cancroïde. Mais on sera généralement guidé par l'induration moindre, les foyers ulcéreux plus étendus, multiples, moins profonds, présentant par places des points cicatrisés.

Une tumeur maligne étant reconnue, on distinguera facilement du cancroïde le lymphadénome, à son aspect cérébroïde, à son volume considérable, à une indolence relative, à sa marche rapide.

**Traitement.** — Le traitement est, selon les cas, palliatif ou curatif. Comme pour tous les cancers, l'exérèse seule peut fournir quelques chances de guérison. Mais les diverses opérations que nous allons passer en revue donnent une mortalité immédiate considérable; lorsque le sujet en réchappe, la récurrence rapide est à peu près constante, aussi bien des chirurgiens ne se décident-ils pas volontiers à intervenir; et nommer Thiersch, Erichsen, U. Trélat, F. Terrier, c'est prouver qu'ils ne sont pas retenus par une timidité innée. On enlèvera sans hésiter un épithéliome bien localisé à l'amygdale, au voile du palais; mais c'est d'une rencontre bien rare. On ne sera pas arrêté par une adénopathie légère et mobile. Mais il est impossible de blâmer ceux qui refusent de prendre le bistouri quand, avec une tumeur pharyngienne étendue, ils trouvent une adénopathie volumineuse, et que, pour extirper tout cela, il faudrait se créer, par des opérations préliminaires, une voie artificielle large, avec ou sans résections osseuses.

1° TRAITEMENT PALLIATIF. — Ce traitement est fort analogue à celui du cancer inopérable de la langue. On fait sur les surfaces ulcérées des applications et des

lavages antiseptiques et calmants; on rend les douleurs supportables par les injections de morphine, dont on use sans scrupules chez ces sujets condamnés à une mort prochaine; la dysphagie est une indication à l'alimentation avec la sonde nasale, peut-être même à la gastrostomie; contre la dyspnée, enfin, on agit au besoin par la trachéotomie.

F. Ingals<sup>(1)</sup> s'est loué une fois des injections interstitielles d'acide lactique.

2° TRAITEMENT CURATIF. — Ce traitement, ai-je dit, consiste dans l'extirpation de la tumeur, en dépassant largement ses limites. Suivant les cas, cette ablation est pratiquée par la bouche ou par des voies artificielles.

a. Ablation par les voies naturelles. — C'est le procédé de choix pour les cancers bien limités de l'amygdale ou du voile du palais; pour l'amygdale, l'amputation devra être faite toujours au bistouri, en coupant bien contre la base de l'organe, et non à l'amygdalotome. Mais il est fort rare qu'on soit appelé à une période où ces petites opérations soient de mise. Il est même rare qu'on ait assez de jour en agrandissant les voies naturelles par la simple fente commissurale de Jæger. Il y a quelques années, à Londres, Clément Lucas (1882), Kendall Franks (1884), ont fait de la sorte des ablations de cancer amygdalien, mais la récurrence a été rapide. C'est qu'il est bien difficile par cette brèche d'opérer largement. Cependant, quelques succès à longue échéance ont été publiés par J. Wolff, W. Körte, Mc Burney<sup>(2)</sup>.

Dans ces interventions par voie buccale, on peut craindre qu'à ces profondeurs le bistouri n'aille léser la carotide interne. Aussi Blandin, Demarquay, Paul Broca, ont-ils dans les cas de ce genre récliné d'abord sur un écarteur le paquet vasculo-nerveux, mis à nu par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Mais aujourd'hui on préfère, quand on a des doutes sur la facilité de l'hémostase, recourir franchement à une voie artificielle.

b. Ablation par les voies artificielles. — Les voies artificielles utiles pour la pharyngectomie peuvent être créées avec ou sans sections et résections osseuses.

Les opérations qui ne portent que sur les parties molles<sup>(3)</sup> sont les diverses pharyngotomies: la pharyngotomie sus-hyoïdienne (souvent appelée par abus de langage laryngotomie) ouvre, par une incision horizontale, la membrane thyro-hyoïdienne et arrive au-dessus de l'épiglotte. La pharyngotomie latérale se pratique soit par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, soit par une incision verticale partant à égale distance du menton et de l'angle de la mâchoire. L'incision latérale oblique semble la meilleure; elle peut être supérieure — de l'oreille à la grande corne de l'hyoïde — ou inférieure — de la grande corne au cricoïde — selon la région du pharynx que l'on veut aborder<sup>(4)</sup>.

Axel Iversen<sup>(5)</sup> enfin a associé, en un tracé angulaire, la pharyngotomie latérale inférieure et la pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Souvent ces simples incisions ne donnent pas assez de jour pour enlever bien la tumeur. Aussi bon nombre de chirurgiens ont-ils agrandi la brèche en sciant ou en réséquant sur une plus ou moins grande étendue la branche et le corps du

<sup>(1)</sup> F. INGALS, *New York med. Journal*, 1892, t. II, p. 652.

<sup>(2)</sup> J. WOLFF, *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 401. — W. KÖRTE, *Ibid.*, p. 402. — MC BURNEY, *Med. record*, New-York, 8 fév. 1896, t. I, p. 204.

<sup>(3)</sup> Voy. sur ce sujet: LANGENBECK, *Arch. für klin. Chir.*, 1879, t. XXIV, p. 824. — BERGMANN, *Berl. klin. Woch.*, 1885, p. 684.

<sup>(4)</sup> LACOUR, Thèse de doct. de Paris, 1896-1897, n° 501.

<sup>(5)</sup> A. IVERSEN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXXI, p. 610.

maxillaire inférieur. Ici on pourrait presque dire que chacun a son procédé, et il suffit d'énumérer les deux de Cheever<sup>(1)</sup>, ceux de Mikulicz, de Küster<sup>(2)</sup>, de Langenbeck, de Polaillon; les décrire successivement serait fastidieux.

Dans ces opérations, l'hémorragie immédiate est un des principaux dangers. On sait, il est vrai, s'en rendre maître aujourd'hui par la forcipressure, grâce à laquelle le bistouri vaut mieux que le galvanocautère, vaut mieux surtout que le thermocautère. Les plaies faites à l'instrument tranchant sont en effet plus aptes à la réunion immédiate et partant moins exposées à l'hémorragie secondaire. Au reste, pour atténuer l'hémorragie primitive on a encore une ressource précieuse : la ligature préliminaire de la carotide externe.

Une autre opération préliminaire est indiquée : la trachéotomie. En France, elle a peu d'adeptes<sup>(3)</sup>, mais en Allemagne<sup>(4)</sup> elle est chaudement recommandée, et les statistiques semblent prouver que c'est avec raison. Au reste, cela se comprend bien par les motifs suivants :

- 1° Elle permet une chloroformisation régulière;
- 2° Si l'on emploie une *canule-tampon*, il ne coule pas de sang dans les voies aériennes pendant l'opération;
- 3° Pendant les premiers jours, c'est une sauvegarde contre la possibilité de l'œdème de la glotte;
- 4° C'est le seul moyen pour obtenir une plaie aseptique, en bourrant de gaze iodoformée la cavité bucco-pharyngienne; l'alimentation est ensuite faite à l'aide d'une sonde nasale;
- 5° C'est le meilleur procédé pour diminuer la fréquence de la pneumonie, cause ordinaire de la mort après ces opérations. Car cette « Schluck-pneumonie » des auteurs allemands est due au passage dans les voies aériennes de parcelles septiques provenant du foyer opératoire.

A l'aide de ces précautions, le pronostic opératoire, tout en restant sérieux, a été notablement amélioré dans ces dernières années, et on a même pu, grâce à des interventions très larges, obtenir quelques résultats définitifs. Ainsi, Krönlein a publié un succès ayant sept ans de date.

(1) CHEEVER, *Boston med. and surg. Journal*, 1878, t. XCIX, p. 155, et *Reports of the city hosp. of Boston*, 1882, p. 140.

(2) KÜSTER, *Berl. klin. Woch.*, 1885, p. 50.

(3) Voy. la discussion de la Société de chirurgie de Paris, 1886, p. 126, 140, 502, 570, 576.

(4) TRENDELENBURG, *Arch. für klin. Chir.*, 1875, t. XV, p. 355. — MICHAEL, *Ibid.*, 1882, t. XXVIII, p. 511. — MIKULICZ, *Deutsche med. Woch.*, 1884, p. 53.

## PLANCHER BUCCAL, GLANDES SALIVAIRES

### OESOPHAGE ET LARYNX

Par HENRI HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien des hôpitaux.

#### CHAPITRE PREMIER

##### MALADIES DU PLANCHER BUCCAL

On décrit sous le nom de plancher buccal une région intermédiaire à plusieurs autres, confondue par quelques anatomistes avec la région sus-hyoïdienne, dont elle constituerait la partie supérieure et profonde. Elle se rapproche, d'autre part, beaucoup de la base de la langue avec laquelle elle se continue. Les maladies de la langue ont déjà été décrites, celles de la région sus-hyoïdienne le seront plus loin; nous nous bornerons donc à étudier les maladies qui siègent dans la région sus-jacente à la sangle mylo-hyoïdienne. Les lésions qui s'y développent forment un ensemble assez homogène, car toutes font saillie dans la cavité buccale. Toutefois l'étude des maladies de la glande sous-maxillaire et de la glande sublinguale devant rentrer dans le chapitre général des *Maladies des glandes salivaires*, nous ne nous en occuperons pas ici, bien qu'elles constituent une partie, et non la moins importante, des maladies du plancher buccal.

#### I

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PLANCHER BUCCAL

Le plancher buccal peut être atteint soit par un instrument pénétrant la région sus-hyoïdienne, soit directement par la bouche. Les premières de ces plaies seront étudiées avec celles de la région sus-hyoïdienne, les autres ne présentent d'intérêt qu'en ce qu'elles peuvent donner assez facilement naissance à des phénomènes inflammatoires, dont l'apparition s'explique facilement par la septicité du milieu buccal. Aussi devra-t-on par de fréquents lavages buccaux, avec une solution chloralée par exemple, assurer la désinfection de la bouche.