

l'étude, qui date des vingt dernières années, avait soulevé des espérances dont la plupart ont été réalisées. On a reconnu, sur l'écorce cérébrale, l'existence de « centres moteurs » dont l'excitation provoque les mouvements de groupes musculaires particuliers, et déjà l'analyse expérimentale a pu déterminer, autour de la scissure rolandique, dans les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et au niveau du lobule paracentral, les régions qui commandent aux membres inférieurs et supérieurs, à la face, à la langue. On connaît les cartes dressées par Charcot, Ferrier, Hitzig; par malheur, il est vrai, elles ne sont point absolument concordantes.

Ne pouvait-on tirer parti de ces données pour guider le trépan à la suite de certains traumatismes du crâne? S'il survient une hémiplegie, ne savait-on pas déjà que les fragments de la boîte osseuse ou le caillot sanguin compriment les zones motrices du côté opposé à l'hémiplegie? Mieux encore, si la paralysie est limitée au bras, à la jambe, à un groupe musculaire du membre supérieur ou du membre inférieur, s'il existe une contracture isolée, des convulsions localisées à une région, de l'aphasie, n'en pouvait-on conclure que le territoire psycho-moteur correspondant est atteint, et n'était-il pas possible d'imaginer une opération qui ouvrit le crâne en ce point pour libérer le cerveau du caillot sanguin ou du fragment osseux qui le presse? La topographie comparée du crâne et de l'encéphale fut vite établie, et Broca, Ferré et Championnière nous apprirent en quel lieu il faut trépaner pour atteindre les centres psychomoteurs.

Malheureusement, le problème est plus complexe et il

faut compter avec de nombreuses causes d'erreur; d'abord les localisations des centres ne sont pas aussi rigoureusement déterminées qu'il serait nécessaire, et les auteurs les plus compétents ne leur donnent pas, sur les circonvolutions, une place identique. Puis les recherches cliniques de Bourdon, de Mallebay et de Decaisne prouvent qu'un même symptôme, la monoplégie brachiale par exemple, s'accompagne de lésions cérébrales qui, loin d'avoir toujours un siège identique sur l'écorce, sont disséminées sur une grande étendue. Ne faut-il pas d'ailleurs tenir compte de la commotion cérébrale concomitante qui obscurcit le tableau clinique des premières heures, avec ses conditions si variables d'inhibition, de réflexe, d'épuisement, de suppléance? N'y a-t-il pas l'altération surajoutée des noyaux ganglionnaires cérébraux, des foyers par contre-coups, des traumatismes à distance? Au lieu donc de « frapper presque à coup sûr au centre de la zone corticale atteinte », on serait parfois forcé de trépaner toute la portion du crâne correspondante à la région motrice, surface qui, d'après les plus modestes, ne mesure pas moins de 24 centimètres carrés.

On a bien souvent trépané d'après les indications fournies par les doctrines des localisations cérébrales, mais les observations sont clairsemées où le succès a couronné l'entreprise. Aussi, dans les fractures du crâne, ne tient-on qu'un compte secondaire des renseignements douteux qu'elles nous donnent, et lorsqu'il existe des troubles fonctionnels localisés, — paralysie ou contracture — on s'inquiète d'abord du foyer traumatique, de ses déformations, et c'est là qu'on porte le trépan. Tant

mieux s'il y a concordance, et si la partie déprimée correspond au centre psycho-moteur que l'on présume atteint. On peut même tricher un peu et, si possible, incliner la couronne vers ce centre, s'il paraît voisin; il n'en est pas moins vrai que l'on intervient sur l'enfoncement, la plaie, la cicatrice, et nous agissons à peu près comme au temps où nous ignorions les localisations cérébrales. Si donc, dans une fracture fermée, — nous avons dit la pratique courante dans les fractures ouvertes — il existe des symptômes immédiats localisés, persistant et s'aggravant d'une manière progressive, on est autorisé à prendre le trépan, et à l'appliquer sur le foyer même de la fracture.

Nous pouvons fournir à l'appui une observation bien curieuse: à travers des châssis vitrés, un cocher de trente et un ans tombe d'un toit sur une enclume; on nous l'amène sans connaissance, et nous constatons, derrière l'oreille droite, une plaie insignifiante qui recouvre une vaste fracture esquilleuse. Le coma dure quatre jours; au cinquième commence le délire; au neuvième apparaissent des contractures généralisées avec prédominance du côté gauche; la crise ne dure que quelques instants, mais elle se renouvelle deux fois le lendemain, quatre fois le surlendemain et, le jour suivant, les attaques épileptiformes se succèdent sans interruption. Nous intervenons le douzième jour de la fracture et, après avoir circonscrit un grand lambeau en volet qui sectionne les tissus jusqu'à l'os, nous enlevons quatre esquilles assez étendues pour mesurer, lorsqu'on les remet dans leurs rapports réciproques, un fragment long de 9 centimètres et large de 6; il recouvre un énorme caillot que

nous détachons; à ce moment jaillit un flot de sang noir qui inonde le champ opératoire; le sinus latéral est ouvert; nous n'avons que le temps de l'oblitérer avant la syncope mortelle, d'abord avec le doigt, puis avec un tampon de tarlatane imprégné d'une pommade antiseptique; nous lavons la plaie, nous suturons la peau, en laissant un orifice par où passe l'extrémité de notre tampon hémostatique.

Dès ce moment la situation s'améliore: le malade a bien une crise la nuit suivante et veut se jeter hors du lit; mais, dès le lendemain, il reprend la connaissance qu'il avait perdue depuis la chute, car il ignore ses attaques épileptiformes et son opération; au quatrième jour, il réclame sa pipe et se lève; au huitième, nous enlevons le tampon et l'hémostase est parfaite; au neuvième, les fils de suture sont supprimés et la cicatrice, absolument correcte, est soulevée par les battements encéphaliques. L'irrégularité du foyer, la compression évidente qu'exerçaient les fragments, la légère prédominance des contractures à gauche, du côté opposé à la fracture, surtout l'aggravation des symptômes, la multiplicité toujours croissante des crises, nous ont poussé à intervenir, et le succès a été remarquable.

Enfin il est des cas où les accidents sont tardifs; des esquilles osseuses provoquent des congestions passagères, des poussées de méningo-encéphalite; il se forme des abcès, rarement entre l'os et la dure-mère; plus souvent sous la dure-mère, et le pus peut même se collecter en plein tissu cérébral. Dans ces deux dernières conjonctures, si on a eu recours au trépan, on reconnaîtra, après l'ablation de la rondelle osseuse, l'existence de la collec-

tion profonde à la coloration terne de la dure-mère, à son immobilité, à l'absence de pulsation cérébrale. Le bistouri doit être plongé jusqu'au fond du foyer, mais ce sujet a été trop souvent traité depuis Dupuytren pour qu'on y revienne ici. L'épilepsie traumatique est un des accidents le plus souvent observés; Championnière a publié plusieurs cas de guérisons par l'application du trépan sur l'ancien foyer de fracture, et nous pouvons y ajouter une observation personnelle que Féré, d'ailleurs, a déjà publiée.

Il s'agit d'un sculpteur de trente-six ans, blessé à la tête par un éclat d'obus; il guérit en quelques semaines d'une fracture grave, mais au bout de six mois il eut un premier accès convulsif; puis les crises deviennent plus fréquentes et il en a bientôt deux par mois. On ne peut toucher la cicatrice cranienne, explorer la petite fistule qui conduit jusqu'aux esquilles, effleurer même les cheveux sans provoquer un accès immédiat. Sur la demande de Féré nous pratiquons la trépanation; une incision de 25 centimètres libère un grand lambeau et met à nu le foyer de la fracture. Une première couronne de trépan appliquée près de la bosse frontale gauche, en un point qui paraissait rugueux, n'enlève qu'une rondelle saine; mais une rondelle nouvelle, placée à 3 centimètres en arrière, est le siège d'une saillie évidente, d'une hyperostose que nous poursuivons par deux nouvelles couronnes de trépan. Dans cette opération nous ouvrons inopinément le sinus longitudinal supérieur dont nous tarissons l'hémorragie par une compression prolongée; les lambeaux sont rabattus, suturés, comprimés par un bandage que nous enlevons le huitième jour. La guéri-

son était complète et, depuis, l'épilepsie n'a pas reparu.

Cet exposé fort long, quoique fort incomplet, peut se résumer en quelques courtes propositions: les fractures du crâne sont ouvertes ou fermées; lorsqu'elles sont ouvertes, les soins d'une antiseptic rigoureuse, sauvegarde contre l'invasion d'une méningo-encéphalite, exigent une régularisation de la plaie, et l'on en profite pour relever les fragments défoncés, enlever les esquilles déperiestées, extraire les corps étrangers accessibles et lier les vaisseaux rompus. Lorsque la fracture est fermée, on agira, si une branche déchirée de la méningée menace de tuer le malade par hémorragie, ou bien lorsque apparaissent des troubles fonctionnels localisés, immédiats ou tardifs, paralysie croissante, convulsions répétées, signes de poussées hyperémiques, d'abcès du cerveau, épilepsie traumatique: le trépan, appliqué au niveau du foyer, a souvent donné de merveilleux résultats.

II

Traitement des épithéliomas de la langue.

MESSIEURS,

Depuis le commencement de l'année, plusieurs épithéliomas de la langue sont entrés dans notre service : trois d'entre eux ont été opérés ; j'ai refusé d'intervenir pour les autres. Vous pensez bien que ce n'est point par pur caprice que j'ai agi ainsi, et je désire exposer les raisons qui dictent ma conduite.

Mais une question préjudicielle se pose : tout compte fait, l'abstention systématique ne serait-elle pas préférable, et les quelques cas incontestables de survie que les cliniciens transcrivent pieusement ne sont-ils pas compensés, et au delà, par les catastrophes chirurgicales, les morts rapides, dues à l'opération et si souvent observées dans les extirpations de la langue ? Il faut compter avec les hémorrhagies primitives et secondaires, le collapsus, l'asphyxie et les pneumonies septiques. Pas un de nous qui n'ait, à son passif, quelques désastres de ce genre. J'ai vu mourir récemment, trente-six heures après mon intervention, un artério-scléreux morphinomane à qui j'enlevais un épithélioma peu volumineux du plancher buccal et du bord de la langue : des écoule-

ments sanguins incoercibles se faisaient par des vaisseaux invisibles : la trachéotomie, la cautérisation et le tamponnement finirent par tarir l'hémorrhagie ; mais notre opéré, affaibli déjà par ses excès d'opium, ne put se relever du choc.

La fréquence de ces résultats déplorables ne saurait être niée, et nous voyons des chirurgiens de l'habileté de Trélat accuser une mortalité immédiate ou rapide de plus de 30 p. 100 ; aussi, la survie de six à huit mois dont bénéficieraient les opérés d'après les statistiques de Winiwarter et de Clarke ne suffirait pas à nous faire aborder une intervention d'une telle gravité, s'il n'existait de cas authentiques de véritable guérison. Dans un relevé, Trélat en signale treize dont deux personnels, quatre de Verneuil, un de Delens, quatre de Kocher, un de Guyon et un de Le Dentu. J'ajouterai que j'en connais un inédit de Panas, un nouveau de Verneuil et que, certainement, nombre de collègues pourraient allonger cette liste d'un ou deux cancers de leur pratique. Pour ma part, je demande à vous citer quatre faits qui viennent plaider singulièrement en faveur de l'extirpation.

J'ai opéré, en mai 1886, un propriétaire de 53 ans pour un cancer qui occupait la moitié antérieure gauche de la langue ; j'évidai le creux sous-maxillaire correspondant où se trouvait un ganglion dégénéré. La guérison fut rapide ; mais en septembre de la même année, survint une récurrence et, en octobre, j'enlevai la moitié antérieure droite avec ouverture de la région sous-maxillaire que soulevait aussi une tumeur ganglionnaire. Un peu plus d'un an après, en décembre 1887, j'extirpe, à la cocaïne, un champignon exulcéré qui s'est développé

sur une plaque leucoplasique; en mai 1889, nouvelle tumeur du volume d'une noisette sur le moignon lingual, nouvelle ablation; tout va bien jusqu'en novembre où je coupe une petite végétation qui se reproduit en 1890, deux fois, puis, en 1891, une fois; enfin, en janvier 1892, je me trouve en présence d'une infiltration qui a gagné l'épiglotte; je cède, malgré mes répugnances, aux désirs du malade et de ses parents, et je tente une neuvième intervention; mais, cette fois, la mort en fut la conséquence et, au troisième jour, mon opéré fut emporté par une pneumonie.

Ce malade a donc vécu six ans après la première intervention, puis a fini par mourir. Mais voici trois observations où mes opérés vivent encore. En 1880, j'ai pratiqué avec les D^{rs} Brissaud et de Beurmann l'ablation d'un large épithélioma lingual du bord droit de la langue avec dégénérescence ganglionnaire du même côté; un an après survenait un engorgement du creux sous-maxillaire gauche dont je dus faire l'évidement; mais, depuis, la guérison s'est maintenue; le moignon est souple et la santé générale est parfaite; or, voici 12 ans que la seconde opération a été pratiquée. — Extirpation à peu près semblable chez un négociant de Versailles qui était porteur d'un vaste cancroïde lingual, avec dégénérescence des ganglions de la région sous-maxillaire. En janvier 1886, l'opération a été pratiquée avec l'aide des D^{rs} Brissaud et Védrine. Cette fois-ci, il n'y a pas eu besoin d'une intervention nouvelle, et au 1^{er} janvier 1893, j'ai, comme chaque année, reçu la carte de visite de mon opéré.

Voici ma troisième observation, mais celle-ci appar-

tient plutôt à mon maître Verneuil. En 1887, j'ai, sur sa demande, cocainisé la langue d'un de ses malades, octogénaire, qui portait, vers la pointe, un cancroïde exulcéré, du volume d'une grosse amande. La tumeur fut enlevée à l'anse galvanique; dans ce cas, on n'eut pas à fouiller le creux sous-maxillaire, absolument souple et sans trace de ganglion. Voici déjà sept ans que cette intervention a été pratiquée, et il n'y a pas eu de récurrence. A ce propos, mon maître me racontait qu'un de ses clients, qui joue un rôle important dans les assemblées délibérantes de la capitale, a été opéré par lui d'un cancer de la langue, il y a plus de huit ans. Or, ici encore, pas de récurrence, et rien ne paraît annoncer une agression nouvelle du mal. Il reste donc établi par des faits incontestables que l'extirpation du cancer de la langue peut, dans des cas exceptionnels, amener une guérison durable.

Aussi me rangerai-je parmi ceux qui opèrent les cancers de la langue, du moins quelquefois. Et je voudrais vous donner les règles qui fixent mon intervention. Je me hâte de reconnaître qu'elles sont loin d'être inflexibles et certaines circonstances, l'âge du malade, sa résistance probable au choc opératoire, les douleurs plus ou moins vives qu'il éprouve, sa plus ou moins grande insistance à réclamer l'intervention, viennent parfois modifier, dans un sens ou dans l'autre, mon sentiment premier et me faire prendre ou déposer le bistouri. Certainement, n'eût été le succès — relatif — de mes huit opérations précédentes et la demande expresse, formelle et réitérée du premier malade dont je vous donne plus haut l'analyse, j'aurais rejeté toute idée d'inter-

vention; les risques à courir étant trop grands et le résultat final trop aléatoire.

Trélat, dans ses cliniques, nous dit de n'intervenir qu'avant l'envahissement ganglionnaire, car, après leur dégénérescence, « il n'y a plus de chance de salut; toute opération est inutile ». Je ne crois pas cette règle bien pratique. Rappelez-vous trois des opérés dont je vous parlais plus haut; tous trois avaient des ganglions sous-maxillaires; je suis intervenu et le premier a survécu six ans, les deux autres, ne sont pas encore morts treize et sept ans après l'extirpation de la langue et des tumeurs ganglionnaires. J'ai, d'autre part, refusé récemment d'opérer un malade qui est encore dans nos salles et dont les ganglions paraissaient intacts, mais le plancher buccal et la langue étaient envahis par l'épithélioma, et les lésions dépassaient, en arrière, le V lingual et les piliers antérieurs; l'extirpation, pour être complète, aurait nécessité l'ablation de toute la langue, et c'est dans ces cas que l'opération devient dangereuse.

Aussi vous dirai-je : opérez lorsque le cancer occupe les régions antérieures de la langue, qu'il y est bien limité, sans prolongement en arrière du V lingual; opérez, alors même qu'il existerait dans la région sous-maxillaire un ou deux ganglions, pourvu qu'ils soient mobiles, sans adhérence entre eux ou avec les tissus voisins. Vous devez intervenir, car l'extirpation ne présente pas de difficultés, et peut être menée à bien sans ces énormes délabrements qui provoquent une mortalité considérable. Donc, d'une part, vos risques sont beaucoup moindres et, d'autre part, les possibilités de guérison sont peut-être un peu moins dérisoires. En effet,

dans les cancers énormes, vous avez beau faire : quelles que soient votre habileté et l'étendue de votre exérèse, il y a des chances sérieuses pour que des prolongements épithéliaux vous échappent, et vous avez, non une récurrence, mais une continuation sur place de votre cancer.

Voilà donc la règle que je vous propose, mais je reconnais qu'elle est assez vague et variera beaucoup selon le tempérament, et j'ajouterai, suivant l'âge du chirurgien; il est certain qu'autrefois j'opérais des cancers devant lesquels je recule aujourd'hui. Je crois cependant que les limites entre lesquelles nous oscillons tous ne sont pas très larges; vous vous rappelez la petite enquête à laquelle je me suis récemment livré : un de mes confrères de province, le Dr Chopy, m'envoie un de ses clients atteint d'un épithélioma volumineux qui envahissait toute une moitié de la langue et dépassait, en arrière, le pilier antérieur : l'ablation totale était possible, mais la tumeur me semblait plutôt dépasser les bornes que je m'assigne. J'ai envoyé mon malade consulter plusieurs de mes collègues, et tous m'ont répondu : L'opération nous paraît praticable, mais nous ne la conseillerions pas. Tel était notre avis et il eût fallu, pour nous forcer la main, certaines circonstances, jeune âge, vives douleurs, hémorragies inquiétantes ou même une particulière insistance à réclamer l'intervention.

Lors donc que vous vous trouverez en présence d'un épithélioma limité à la pointe ou au bord de la langue, l'intervention s'impose; mais comment y procéderez-vous? Si la tumeur est peu volumineuse et très antérieure, sous l'anesthésie chloroformique, ou mieux après insen-