

sibilisation locale avec la cocaïne, — j'ai plus de dix fois enlevé, grâce à elle et sans la moindre douleur, des épithéliomas du volume d'une noix, — on la saisit avec une pince érigée, bien au delà des limites du mal, en pleins tissus sains, et on abat, au bistouri ou aux ciseaux courbes, tout ce qui se trouve en avant de la pince. Aussitôt la surface saigne abondamment; on voit jaillir un flot de la linguale que l'on saisit, et l'hémostase définitive se fait en unissant, par des fils de suture, les deux branches du V qu'a laissée la perte de substance.

Cette idée de réunir par des sutures les deux lèvres saignantes pour pratiquer l'hémostase, pour fermer la porte aux infections microbiennes et pour hâter la cicatrisation, a dû venir à l'esprit de tous les chirurgiens; pour ma part je croyais l'avoir imaginée le premier vers 1886, mais je m'aperçus bientôt que Péan y avait recours depuis quelques années et que Richelot, aussi, avait eu et exécuté la même idée. Et je ne parle ici que de la France et des chirurgiens que je connais, car si nous entrions dans cette voie de priorité, d'ordre « mineur » pour me servir de l'expression de Verneuil, il est probable que la liste des précurseurs s'allongerait indéfiniment. Mais, quel qu'en soit l'initiateur, la méthode est excellente et je vous conseille, pour l'exérèse, de rejeter l'anse galvanique ou le thermocautère: l'avantage d'avoir moins de sang pendant l'acte chirurgical ne compense pas l'inconvénient de s'opposer à l'emploi des sutures.

Lorsque le cancer ne siège plus à la pointe, mais sur le bord, et qu'on le trouve un peu reculé, il est plus difficile d'extirper la tumeur par les voies naturelles; on

manœuvre assez mal à l'aise, les vaisseaux ouverts ne sont saisis qu'avec peine, et le sang qui s'engouffre dans l'arrière-bouche menace d'asphyxier l'opéré. Il suffit alors de sectionner la joue, de la commissure au bord antérieur du masséter; on élargit d'autant l'orifice buccal, et vous avez vu, cette année, sur deux malades à qui j'ai enlevé un épithélioma du bord gauche de la langue, combien mon intervention en a été facilitée; j'ai pu détacher un néoplasme plus volumineux qu'une noix, saisir l'artère, la lier, puis affronter la muqueuse dorsale de la langue à la muqueuse du plancher, et les maintenir en contact par des fils de catgut; j'emploie ces derniers pour n'avoir plus à m'en occuper, comptant sur les tissus vivants pour en pratiquer la résorption. Vous vous rappelez, en particulier, cet employé de la Compagnie d'Orléans: au quinzième jour il nous quittait; la langue était cicatrisée, et quant à la section de la joue, la suture en avait été parfaite, et il en restait à peine les traces.

A cette incision directe, je vous conseille de substituer celle que préconise Verneuil et que vous m'avez vu adopter dans mes deux dernières opérations. Au lieu d'aller directement de la commissure au masséter, vous vous dirigez en bas, vers le bord inférieur du maxillaire en suivant le sillon mento-jugal; là, vous continuez l'incision vers l'angle de la mâchoire et en ouvrant le creux sous-maxillaire. Les avantages de cette incision sont indiscutables: la cicatrice en sera beaucoup moins visible, cachée chez l'homme par la barbe, et chez la femme par le pli du sillon. Puis cette ouverture du creux sous-maxillaire permettra d'y rechercher les ganglions dont l'extirpation se fera sans délabrement nouveau.

Ces opérations par la voie naturelle, tout au plus agrandie par la section de la joue, je vous les conseille parce qu'elles n'ont qu'une gravité très médiocre; elles ne m'ont donné, dans vingt-sept interventions, que deux échecs opératoires, l'un assez récent, chez un artérioscléreux morphinomane mort d'hémorrhagie et de choc opératoire le lendemain de l'intervention, et l'autre, assez ancien, chez un grand diabétique emporté par le coma au septième jour après l'ablation. Mais je n'oserais vous dire que les résultats thérapeutiques ont été bons. J'ai fait vivre pendant six ans, mais au prix de neuf opérations, le propriétaire dont je vous ai déjà raconté l'histoire; l'octogénaire opéré par Verneuil l'avait été par les voies naturelles et vit encore; mais j'ai vu, pour tous les autres, la récurrence survenir au bout de deux, de trois, de cinq, de huit, de neuf et de dix-sept mois. L'extirpation a beau être large, on voit bientôt le moignon repulluler; dans cinq cas seulement, la tumeur a reparu, non sur la cicatrice, mais au loin, dans les ganglions.

Lorsque le cancer est plus volumineux, tout en n'ayant pas encore débordé le V lingual en arrière, lorsque les ganglions sous-maxillaires sont atteints, mais qu'ils restent mobiles, sans adhérences, il faut, si vous vous décidez à opérer, recourir à d'autres méthodes, et c'est ici que la mortalité immédiate ou rapide commence à être considérable. Or, comme la récurrence est à peu près fatale, réfléchissez mûrement avant de vous lancer dans une pareille entreprise. Pour ma part, j'y ai renoncé d'une façon générale et, je vous l'ai déjà dit deux fois, je ne me résigne à opérer que lorsque quelque circonstance par-

ticulière vient me forcer la main. Il m'a fallu de durs échecs et souvent répétés pour me décourager ainsi, car deux de mes opérés vivent encore. Mon orfèvre de 1880 et mon négociant versaillais de 1886 appartenaient justement à cette catégorie, et, non seulement, la moitié antérieure de la langue était prise, mais les ganglions sous-maxillaires étaient dégénérés.

Si vous vous décidez à opérer, deux méthodes principales permettent l'extirpation large, celle de Regnoli-Billroth et celle de Roux-Sédillot. La première, qui comprend d'ailleurs une foule de sous-procédés, consiste à pratiquer, dans la région sous-hyoïdienne, une incision parallèle au maxillaire inférieur, et inscrite dans l'axe que forme cet os; elle va d'un angle de la mâchoire à l'autre, met à nu la région sous-maxillaire, sa glande et ses ganglions; on peut les explorer de l'œil et du doigt, extirper tout ce qui est malade ou suspect; on peut même pratiquer la ligature des linguales pour éviter l'hémorrhagie lors de la section de la langue. On saisit les vaisseaux avec des pinces; la faciale, le tronc facio-lingual, la jugulaire externe; on n'a pas besoin de se presser; le malade est endormi, et comme la muqueuse du plancher buccal est encore respectée, le sang ne saurait pénétrer dans le pharynx et y provoquer l'asphyxie. Puis, lorsqu'on a bien nettoyé la région sous-maxillaire, on s'attaque à la langue qu'on incisait autrefois avec l'écraseur linéaire, l'anse galvanique ou le thermocautère; depuis les progrès de l'hémostase, c'est au bistouri qu'on s'adresse.

Dans cette excision, on désinsère en avant les muscles génio-glosses et les génio-hyoïdiens. Il m'a paru très important, au point de vue du pronostic, de ne couper les

attaches des muscles que d'un seul côté, en respectant les insertions des muscles de l'autre côté. En effet, si la section porte sur les faisceaux de droite et de gauche, la base de la langue n'est plus retenue en avant et s'affaisse sur le larynx. Ainsi s'explique cette asphyxie subite qui tue le malade dans les premières heures de l'opération et à laquelle on n'échappe que par la trachéotomie, ou, mesure moins efficace, par la fixation de la langue attachée à l'arcade maxillaire par une anse de fil. Donc, n'oubliez pas que si la limitation des lésions vous permet de conserver le génio-glosse et surtout le génio-hyoïdien d'un côté, leur intégrité est loin d'être négligeable. Si l'infiltration cancéreuse nécessite leur désinsertion, il n'y a point à hésiter : la trachéotomie préliminaire nous semble alors de rigueur.

J'ai pratiqué bien souvent cette opération; je l'ai pratiquée au thermocautère, à l'anse galvanique, à l'écraseur, au bistouri, avec désinsertion unilatérale et bilatérale des muscles insérés aux apophyses géni, avec ou sans trachéotomie préliminaire et j'ai eu de tels désastres, des catastrophes opératoires si nombreuses, des récidives à si brève échéance, que je ne conseille pas ces graves mutilations. Je leur dois cependant, vous ai-je déjà dit, deux magnifiques succès, et mon orfèvre de 1880 et mon industriel de 1886, qui vivent encore et qui ont recueilli un si merveilleux résultat de mon intervention, ont été opérés par la voie sus-hyoïdienne, l'un à l'écraseur, l'autre au bistouri. Je ne saurais donc proscrire ce mode d'intervention, ou même une intervention quelconque. Mais, pour me pousser à l'entreprendre, il me faut des raisons bien sérieuses !

Si j'hésite alors, qu'en sera-t-il, lorsque les infiltrations cancéreuses ont une telle étendue que la voie sus-hyoïdienne n'est plus suffisante, et qu'il faut recourir de toute nécessité à la méthode Roux-Sédillot ? On sait en quoi elle consiste : le premier temps, l'évidement de la région sous-maxillaire, se fait comme dans l'opération précédente. Puis on coupe, sur la ligne médiane, la lèvre inférieure, et la section vient aboutir au sommet de l'incision en fer à cheval de la région sus-hyoïdienne; le maxillaire est donc mis à nu au niveau de la symphyse que l'on divise avec la scie; mais avant cette section, il est bon, sur l'os non mobile comme il le sera après la section des deux moitiés du maxillaire, de faire, avec une vrille ou un perforateur, un trou de chaque côté de la symphyse, par où, l'opération une fois terminée, on introduira le fil d'argent pour suturer l'os. Les deux moitiés de ce dernier sont écartées et le plancher de la bouche et la langue absolument à découvert; le chirurgien a tous les tissus sous la main et peut manœuvrer à son aise. Il enlève ce qu'il faut, et voit ce qu'il veut respecter : il noue sans crainte les vaisseaux, et l'hémostase est des plus faciles.

Malheureusement cette facilité extrême s'achète par des inconvénients très graves : la section de l'os n'est pas indifférente : on crée ainsi une sorte de fracture compliquée et dans les conditions les plus mauvaises; le foyer plonge dans une cavité à désinfection malaisée; les aliments, mêlés à la salive, se décomposent dans un cloaque humide et chaud; la résorption des matières putrides se fait par les canaux vasculaires de la substance osseuse et par les voies respiratoires et digestives. Et ce n'est pas

une vue de l'esprit; un tiers des opérés sont emportés par des accidents infectieux. Déjà, plus encore que dans l'opération précédente, les asphyxies soudaines sont à redouter; elles enlèvent presque un autre tiers des malades. Les hémorrhagies secondaires s'observent aussi, des inflammations de voisinage, l'œdème de la glotte; les branches du maxillaire chevauchent malgré les sutures, la cicatrisation est fort lente et si l'opéré, grâce aux désinfections méthodiques et répétées, à la trachéotomie préventive et à la sonde œsophagienne à demeure introduite par la narine, a échappé à toutes les chances de mort qui le guettent de tous côtés, presque toujours la récurrence survient avant la réparation de la plaie.

Rappelez-vous ce malade de Provins que nous avons opéré deux fois par les voies naturelles: une troisième fois la récurrence survint; l'individu était encore jeune, vigoureux, intelligent; il tenait à la vie et nous, nous ne pouvions nous résoudre à l'abandonner sans rien tenter pour l'arracher à la mort. Nous nous décidons, sur ses instances, à l'opération de Roux-Sédillot; vous vous rappelez la simplicité, j'oserais presque dire l'élégance avec laquelle les incisions sont faites, les régions sous-maxillaires évidées de leurs ganglions dégénérés, l'os sectionné, les branches écartées et le foyer néoplasique excisé sans hémorrhagie, sans suffocation, sans une goutte de sang tombant dans le pharynx. Malgré nos sutures osseuses et muqueuses, la cicatrisation fut lente. Au bout de six semaines, l'opéré nous quittait pourtant, mais il existait déjà des indurations suspectes sous les sternomastoïdiens; quinze jours plus tard la récurrence était brutale, et si notre opéré, si affectueux, si confiant, si re-

connaissant de nos soins, n'est plus revenu nous voir, c'est sans doute qu'il est mort.

Aussi en revenons-nous à nos conclusions premières, et, plus encore que jadis, je vous dirai: quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est indiquée, il me semble plus sage d'abandonner le malade à son sort; il faut, lorsque les lésions s'avancent jusqu'au pilier antérieur, il faut, pour ne pas s'abstenir, qu'une complication grave ou quelque circonstance particulière vienne forcer la main. Mais lorsque le cancer est récent, bien limité, une large opération peut, comme dans les cas rapportés plus haut, donner des succès thérapeutiques durables. Intervenez donc, mais ne vous livrez pas à de trop vives espérances; la récurrence est presque de règle, et rappelez-vous ici ce que j'ai déjà dû vous dire bien des fois pour d'autres organes et pour d'autres régions: « La chirurgie du cancer n'est jamais une chirurgie triomphale. »

III

Phlegmons ligneux du cou.

MESSIEURS,

L'heure n'est guère à la pathologie générale, et la clinique pure n'a plus pour nous que peu d'attraits, lorsqu'elle n'a pas, pour conclusion, un progrès thérapeutique immédiat. Je voudrais cependant vous parler d'une variété particulière de phlegmon chronique du cou que j'ai observée au moins quatre fois, et qui ne me semble pas avoir été encore le sujet d'une description didactique. Mais d'autres aussi l'ont vue, sans doute, et j'espère qu'ils joindront leurs faits aux miens pour tracer un tableau précis de cette affection peu connue.

Malheureusement, trois de nos cas ont été bien légèrement observés : dans le premier, il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, entré à Broussais pour un gonflement du cou; toute la région antérieure, de l'os hyoïde au sternum, et du muscle mastoïdien droit au muscle mastoïdien gauche, était comme blindée par une peau épaissie, d'un rouge vineux qui formait une sorte de tumeur aplatie, mais limitée par des bords surélevés; elle était d'une dureté ligneuse et telle, que je me demandai, pendant plusieurs jours, s'il ne s'agissait pas d'un large

squirrhe des téguments. La gêne était considérable, les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité presque impossibles; il n'y avait que peu de douleur spontanée et provoquée; à peine une souffrance sourde sous une pression un peu vive; ni frisson, ni fièvre, et, pour expliquer l'apparition du mal, rien qu'une misère physiologique assez prononcée. La rougeur datait déjà de trois semaines; au bout de quinze jours seulement, les téguments devinrent œdémateux; plusieurs foyers de suppuration apparurent qui furent ouverts, et notre homme finit par guérir lentement.

La même année, je reçus, encore à Broussais, un homme de cinquante ans, maigre, chétif, miné par l'alcoolisme et la misère, et qui entra à l'hôpital pour une tuméfaction dans la région cervicale; il nous racontait que la plaque d'un rouge vineux qu'il portait alors, avait débuté dans la région sous-maxillaire trois semaines auparavant, et s'était accrue peu à peu en causant plus de gêne que de douleur. Au moment de notre examen, elle avait envahi la moitié gauche du cou et formait une saillie à bords surélevés; la dureté en était excessive, et, pour ce cas, l'idée d'une tumeur maligne nous vint encore, d'autant plus que les tissus profonds semblaient envahis et que la respiration commençait à être difficile. La palpation la plus minutieuse ne me permit de reconnaître aucun point œdémateux, aucune partie fluctuante; la dureté ligneuse, semblable à celle du squirrhe, était partout la même. Le soir, vers cinq heures, le jour même de son entrée, des phénomènes asphyxiques survinrent, et, à huit heures, le malade était emporté subitement par un œdème de la glotte.

Dans aucun des deux cas précédents, l'examen bactériologique ne fut fait. Il ne le fut pas non plus dans notre troisième observation : elle a trait à un octogénaire chez lequel je fus appelé pour un gonflement indolore de la région sus-claviculaire, envahie par une tuméfaction dure, par un épaissement considérable de la peau d'un rouge vineux, d'une résistance de bois, et limité en arrière par le trapèze, en avant par la ligne médiane, en haut par la région sous-maxillaire; le gonflement se terminait par des bords saillants, sorte de bourrelets presque du volume du doigt, au delà desquels les téguments reprenaient leur souplesse et leur coloration. Le mal s'était développé lentement, sans souffrance, et occasionnait plus de gêne que de douleur; la fièvre semblait avoir fait défaut. Vers la cinquième semaine, un point œdémateux, puis fluctuant, se développa sur la partie inférieure; j'y pratiquai, au thermocautère, une tranchée profonde de quatre à cinq centimètres; l'effet en fut excellent; les tissus se dégagèrent et la guérison survint après une longue période d'élimination et de réparation.

Mais j'ai hâte d'en arriver au fait que vous avez maintenant sous les yeux : il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, qui paraît plus vieux que son âge; peut-être a-t-il eu la syphilis; deux de ses sœurs sont mortes poitrinaires. Il n'a pas de tare viscérale appréciable et ne nous signale qu'un premier ganglion survenu, il y a quatorze ans, dans la région sus-claviculaire gauche, et un second, développé il y a quatre ans dans la région sous-maxillaire du même côté; c'est au niveau de ce dernier ganglion que, vers le 10 mai de l'année courante, une tu-

méfaction est apparue, qui s'accompagnait d'une sensation générale de malaise, de maux de tête et d'un peu de chaleur locale. Ce gonflement occupa bientôt la région parotidienne et rétro-auriculaire et toute la dépression sous-maxillaire; en moins d'une semaine, ce large espace avait été envahi, mais ce n'est qu'au bout d'un mois environ, le 10 juin, que le malade entra à l'hôpital, où nous constatons l'état suivant :

Au niveau de la région dont nous avons déjà tracé les limites, on trouve une grande plaque rouge, surélevée au-dessus des tissus environnants; elle est d'une coloration vineuse ou violacée; sa dureté est ligneuse et donne à la pression une sensation analogue à celle d'un cancer en cuirasse. La résistance et la coloration s'arrêtent presque brusquement par un bourrelet assez marqué, mais plus sensible au doigt qu'à la vue. Il limite une étendue plus large que les deux paumes de la main; en aucun point de ce foyer, on ne constate ni mollesse œdémateuse, ni fluctuation, et, malgré nos observations antérieures et les cas semblables étudiés par nous, nous nous demandions s'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne, d'une adénite ou d'une périadénite cancéreuse. La persistance de cet état pendant trois semaines environ, l'absence de réaction fébrile, la chronicité de cette phlogose venaient augmenter notre doute.

Cependant peu à peu, aux confins postérieur et inférieur de la tuméfaction, à la lisière des cheveux et sur la nuque, la coloration se modifie; elle devient plus sombre, plus violente, la consistance en est œdémateuse, et, sous la pression, le doigt y laisse son empreinte. Quatre ou cinq jours après, la fluctuation est manifeste,