

maxillaire. Le malade eut, à la suite de l'opération, un érysipèle dont il guérit. Il fut pendant cinq ans guéri de son cancer. Malheureusement, il revint l'année dernière avec une troisième récédive.

Je crois que dans le cas présent, le long silence du cancer est dû à l'érysipèle, qui aurait agi de la même manière que les injections de toxines streptococciques dont on parle tant actuellement. Dans tous les cas l'excision est le seul traitement auquel j'ai recours, et je proscriis absolument toute application de pâtes caustiques anciennement usitées, et qui, selon moi, ne sauraient amener de guérison et même souvent seraient pernicieuses.

En face d'une ulcération de la langue, le diagnostic histologique peut rendre de grands services, car la présence du bacille de Koch peut être décelée. Mais lorsque je suis convaincu d'être en présence d'un cancer, je pratique l'ablation, et non pas l'ablation partielle, mais l'ablation totale de la langue. On sait qu'autrefois c'était une opération que l'on considérait comme sérieuse. Aujourd'hui, grâce au perfectionnement de la technique opératoire et à la perfection de nos moyens d'hémostase, c'est une opération bénigne, très facile et qu'un chirurgien habile peut faire dans trois ou quatre minutes, à peu près. On pratique l'incision circulaire de la muqueuse et dès lors, on peut attirer fortement la langue et pratiquer la ligature des artères hors de la bouche. Le danger d'hémorrhagie se trouve ainsi supprimé.

J'éprouvais autrefois un grand embarras pour nourrir mes malades pendant les premiers jours qui suivaient l'opération. Je devais recourir à l'alimentation rectale. Aujourd'hui j'introduis par l'œsophage un tube grâce auquel je puis facilement nourrir mes opérés.

Le plus grand danger dans l'excision de la langue, est l'infection de la plaie. On saura la prévenir en pratiquant souvent de grands lavages de la bouche avec des solutions antiseptiques. On peut aussi badigeonner la plaie avec une émulsion d'iodoforme.

Pendant l'opération, il est important d'empêcher la pénétration du sang dans les bronches. On ne doit donc pas opérer, le malade étant couché sur le dos, car dans cette position, le sang envahirait infailliblement les voies respiratoires.

Lorsque l'on a attendu trop tard, ce ne sont plus les ganglions sous-maxillaires qu'il faut enlever, mais bien ceux qui sont situés derrière l'angle du maxillaire inférieur. Dans aucun cas, il ne faut se borner à enlever une partie de la langue. La récédive sur place est certaine.

Les suites opératoires sont en général bénignes. Il faut se hâter de faire sortir le malade de son lit. Si la température le permet, on le fera sortir au grand air. J'ai pour habitude de les faire sortir sur une galerie, au soleil, dès le lendemain de l'opération.

Messieurs, je m'aperçois que j'ai atteint la limite du temps accordé à chaque conférencier et je m'arrête. Si je ne demande pas de supplément ainsi en causer pendant huit jours sans motif de s'arrêter alors plutôt ainsi en causer pendant huit jours sans motif de s'arrêter alors plutôt qu'à présent ; mais je ne veux pas finir sans vous remercier cordialement de votre bienveillante attention.