

cautère actuel, pourvu qu'elle soit récente et qu'elle existe chez de jeunes sujets. Mais dans les autres cas, c'est-à-dire chez les personnes avancées en âge, lorsque la maladie est ancienne et les dents vacillantes et cariées, il faut en venir à l'extraction des dents pour obtenir la guérison des gencives; si l'on néglige cette opération, la maladie persiste jusqu'à ce que les dents tombent d'elles-mêmes (1).

ARTICLE X.

Maladies de la langue.

La langue est sujette à un grand nombre de maladies : les principales sont les plaies, le gonflement, le prolongement hors de la bouche, les tubercules, les ulcères, les adhérences contre nature, le défaut de langue.

§ 1. — Des plaies de la langue.

Les plaies de la langue sont produites par les instruments piquants, par les instruments tranchants, quelquefois par les corps lancés par la poudre, presque toujours par le rapprochement subit et violent des mâchoires pendant que la langue est avancée entre les dents, soit qu'une cause extérieure détermine ce rapprochement subit, comme un coup, une chute; soit que les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure se contractent avec force dans une mastication précipitée ou dans des convulsions épileptiques. Cette dernière cause est la plus fréquente, et la moitié peut-être des individus chez lesquels on remarque de grandes cicatrices sur cet organe sont des épileptiques dont la langue a été blessée entre les dents au moment des accès : aussi ne doit-on jamais négliger l'usage des bridons ou des coins chez les personnes actuellement atteintes de convulsions.

(1) Les gencives sont quelquefois atteintes de chancres ou ulcères syphilitiques primitifs. Je ne les ai jamais vus seuls, mais toujours concomitants de ceux des lèvres. Le diagnostic est facile, quand le malade avoue qu'il peut avoir contracté ces chancres; quand il n'avoue pas, la coexistence des bubons sous-maxillaires sert à guider le chirurgien.

Les plaies par instruments piquants, qui sont les plus rares, sont aussi les plus légères; si une épée très-étroite, par exemple, avait traversé la langue, il suffirait de prescrire au malade le repos de la partie blessée, et par conséquent le silence et la diète pendant quelques jours; ces moyens seraient suffisants pour obtenir la cicatrisation de ce genre de plaie, où les parties destinées à se réunir sont dans un contact parfait, et où rien ne peut changer momentanément leurs rapports. Si un instrument très-grêle, en pénétrant dans l'épaisseur de la langue, a ouvert l'artère ranine, il en résulte une hémorrhagie qui ne peut être arrêtée que par la cautérisation. (Voyez le tome 1^{er} de cet ouvrage, p. 670.)

Les plaies d'armes à feu sont d'une tout autre importance. Elles déterminent ou préparent une perte de substance plus ou moins considérable, soit par l'ablation subite d'une portion de la langue, soit par l'attrition qui entraîne presque toujours la gangrène et la séparation des parties que la balle a écrasées. Aussi ces plaies sont-elles communément fort longues à guérir, et laissent-elles souvent de la gêne dans les mouvements de la langue, après qu'elles sont cicatrisées. La difficulté de la guérison et la gêne des mouvements de la langue peuvent dépendre de la présence de la balle qui a fait la plaie. On conçoit difficilement comment une balle peut s'arrêter dans la langue et y séjourner pendant longtemps; cela peut arriver cependant, en voici la preuve. Un homme, qui avait servi dans les armées françaises, fut reçu à l'hôpital de la Charité pour une tumeur très-dure qui occupait la partie latérale droite de la langue dont elle gênait beaucoup les mouvements. En questionnant cet homme, j'appris que quatre ans auparavant il avait été blessé par une balle de fusil qui avait pénétré dans la bouche en brisant la dent canine et la première petite molaire; qu'il était survenu un gonflement considérable de la langue et des autres parties de la bouche; que ce gonflement fut combattu par la saignée, la diète, les boissons rafraichissantes et les gargarismes; qu'après sa disparition, quoiqu'il restât une tumeur dure sur le côté de la langue, on crut que le malade était guéri; il quitta l'hôpital et bientôt après le service, pour se retirer chez lui. En examinant attentivement le bord droit de la langue, j'aperçus sur sa partie moyenne un orifice fistuleux : un stylet introduit dans cette ouverture pénétra jusqu'à un corps dur que je jugeai être une balle. Je fis sur le bord de la langue une incision longitudinale par laquelle je retirai la balle,

dont la forme avait été altérée par la résistance des dents qu'elle avait brisées. La plaie fut guérie en peu de jours, et la langue reprit bientôt son état naturel et le libre exercice de ses fonctions.

Les plaies de la langue par instrument tranchant sont celles qui offrent le plus de variétés : tantôt c'est une simple fente, tantôt une plaie avec perte de substance et quelquefois une plaie à lambeau. Lorsque la langue est simplement fendue, et que la division ne comprend pas toute l'épaisseur de cet organe, il suffit de faire garder le repos et d'user de lotions avec l'eau d'orge et le miel rosat pour obtenir une cicatrisation prompte et régulière. S'il y avait une hémorrhagie un peu considérable, on emploierait la glace et les liqueurs styptiques. En supposant que ces moyens ne fussent pas suffisants, on aurait recours à la compression ; mais comme l'application d'un bandage sur la langue est fort incommode, on pourrait montrer au malade à exercer lui-même la compression sur les deux faces de la langue, avec le pouce et l'indicateur. Cette compression continuée pendant une ou plusieurs heures suffirait dans beaucoup de cas pour arrêter le cours du sang. Si la compression ne suspendait pas l'hémorrhagie, il faudrait recourir au cautère actuel, qui produirait à l'instant même l'effet qu'on désire.

Les plaies avec perte de substance varient selon que la portion de la langue qui a été séparée du reste de cet organe est plus ou moins considérable. La cicatrisation est d'autant plus lente que cette portion est plus étendue ; parce que la plaie a une longueur plus grande et que l'espace qui sépare la face supérieure de la face inférieure de la langue, s'agrandissant lui-même à mesure qu'on approche de la base, la cicatrice qui réunira les deux membranes qui les couvrent doit avoir plus de largeur. Si cette espèce de plaie était accompagnée d'hémorrhagie, le cautère actuel serait préférable aux styptiques, à la compression et même à la ligature, qui dans quelques cas est tout à fait impraticable.

Dans le cas de plaie à lambeau, on a proposé, pour obtenir la réunion, d'enfermer la langue dans une bourse de toile fine, échancrée vers le frein, soutenue à droite et à gauche par les extrémités d'un fil métallique qui sort de la bouche en passant au-dessus des dents incisives, et qu'on ramène au-dessous du menton, où il est fixé par un ruban noué à la nuque. Ce bandage est incommode, et de plus il ne procure souvent qu'une réunion irrégulière, parce que les lambeaux

de la plaie ne sont pas maintenus dans un rapport exact, surtout lorsque la plaie a une certaine longueur. Ne vaudrait-il pas mieux ici appliquer le même moyen que nous avons mis en usage dans un cas de cancer de la langue, et maintenir les bords de la division par un ou deux points de suture simple, si la situation de la plaie permettait cette opération ? On serait sûr alors d'obtenir une cicatrisation très-régulière, très-prompte, et la gêne qui résulterait de l'application de ce moyen serait peut-être moins grande et durerait d'ailleurs moins longtemps que celle du sac de toile et du fil métallique qui le soutient.

§ 2. — Du gonflement de la langue.

Le gonflement de la langue est une maladie grave, qui met en danger la vie des malades, et en ferait périr un grand nombre, sans le secours de la chirurgie.

Ce gonflement a lieu quelquefois pendant le cours de la petite vérole et vers le déclin des fièvres malignes ou ataxiques. Il survient assez fréquemment pendant l'emploi du mercure, dans le traitement des maladies vénériennes ; il dépend quelquefois d'une contusion ou du contact de quelque substance vénéneuse. Plusieurs faits portent à admettre que la bave du crapaud et la piqûre de quelques insectes déterminent cette affection. Quelquefois aussi elle survient pendant la durée d'une esquinancie, par les progrès de l'inflammation qui s'étend de l'arrière-gorge et du larynx à la base, puis à tout le corps de la langue. On cite un cas dans lequel ce gonflement a reparu d'une manière périodique.

Cette maladie est quelquefois précédée d'une douleur ou d'une chaleur vive dans la partie qui doit en être le siège. D'autres fois le gonflement survient tout à coup et fait des progrès si rapides qu'en moins d'un jour la langue remplit la cavité de la bouche et quelquefois fait saillie au dehors. On a vu cet organe acquérir en quelques jours un volume si prodigieux qu'il sortait de deux à trois pouces hors de la bouche, et menaçait de suffoquer le malade. Il est à peine nécessaire d'ajouter que ce gonflement empêche complètement la déglutition ; que la parole ne peut être articulée et que la respiration est toujours très-laborieuse. Il est souvent accompagné de fièvre, mais quelquefois aussi le pouls n'est pas agité, ou ne l'est que fort peu. Cette maladie pro-

duit dans tous les cas une anxiété très-grande, qu'augmente progressivement le besoin de boire; l'inquiétude et le découragement deviennent extrêmes.

Le gonflement de la langue occupe ordinairement tout le corps de cet organe. On voit néanmoins par une observation insérée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* que le gonflement peut se borner à une moitié de la langue, et celle-ci néanmoins devenir assez volumineuse pour nécessiter des secours prompts et énergiques. Une observation analogue se trouve dans les *Éphémérides d'Allemagne*, avec cette particularité que la tuméfaction, qui sans doute n'était pas aussi considérable que dans le cas précédent, durait depuis trois semaines, lorsqu'on parvint à la dissiper par les saignées générales et locales.

Le gonflement de la langue est une maladie dont la marche est en général très-rapide. Il peut se terminer dès le troisième ou même dès le second jour par la mort, si l'on n'y porte pas remède. Lorsque le gonflement est médiocre, il se résout ordinairement vers le septième ou huitième jour. Lorsqu'il est plus considérable, la suppuration s'en empare, comme on en voit un exemple dans la *Bibliothèque médico-chirurgicale*; mais il arrive bien plus souvent que l'engorgement amène ou la gangrène de la langue ou la suffocation du malade.

Le traitement de cette maladie n'est pas le même lorsque le gonflement étant léger ne s'oppose pas à la déglutition, et lorsqu'il est assez considérable pour rendre cette fonction impossible. Dans le premier cas, on peut, à l'aide de boissons adoucissantes, de purgatifs doux, de clystères laxatifs, de bains de pieds, suspendre les progrès du mal et en obtenir la résolution. On joint à ces moyens, lorsque le gonflement a un caractère inflammatoire, les saignées locales (saignées sur la langue, ouverture des veines ranines) et les saignées du bras. Si malgré l'emploi méthodique de ces moyens, le mal augmentait, et si la déglutition devenait de plus en plus difficile, puis impossible, il faudrait inciser profondément la langue suivant sa longueur. L'expérience a démontré d'une manière non équivoque l'efficacité de cette opération.

Ainsi, toutes les fois que le gonflement de la langue est parvenu à un point tel que le malade ne peut plus avaler, il faut recourir aux incisions profondes sur la langue même; on y joindra les saignées si elles n'ont pas été faites précédemment, et si elles sont indi-

quées par les circonstances dans lesquelles se trouve le malade. Dans les cas où un seul côté de la langue est tuméfié, une incision peut suffire; quelquefois cependant il faut en faire deux; il est rarement nécessaire, lors même que la langue est gonflée dans sa totalité, d'en pratiquer trois. Voici de quelle manière on procède à cette opération. On commence par placer entre les deux arcades dentaires un coin de bois pour tenir les mâchoires écartées pendant qu'on opère; on porte ensuite le plus près possible de la base de la langue la pointe d'un bistouri long à lame fine, et l'on incise profondément la langue en ramenant le bistouri de derrière en devant jusqu'à la pointe de cet organe. Si la langue n'est gonflée que partiellement, on fait une seule incision sur le milieu de l'engorgement; mais quand la langue est tuméfiée en totalité, il faut faire deux incisions à distance égale entre le milieu de la langue et chacun de ses bords. Il est indispensable que la langue soit maintenue pendant cette opération. On la fixe soit avec les doigts de la main gauche, convenablement écartés pour laisser passer le bistouri, soit à l'aide d'une plaque d'argent ou d'acier, moulée sur la langue, fendue à trois lignes de chaque bord dans les deux tiers de sa longueur, coudée vers les dents et soutenue par un manche plat de trois pouces de long. Cette plaque sert à la fois à maintenir la langue et à guider le bistouri.

La langue, dégorgée par les incisions profondes qu'on a pratiquées, revient promptement à son volume naturel. La plaie n'offre plus qu'une ligne superficielle et se cicatrise en peu de jours. On n'a besoin d'aucun pansement; tout topique serait inutile et fort incommode. On recommande seulement au malade de bassiner fréquemment la plaie avec de l'eau d'orge et du miel rosat pour enlever le sang et le pus qui en découle; ensuite de se laver la bouche avec le même liquide, lorsque l'état de la langue ne s'y oppose plus. Si l'on a été appelé trop tard, ou si l'on a soi-même trop différé les scarifications, il peut arriver que la gangrène s'empare de la langue ou que le malade meure suffoqué.

§ 3. — Du prolongement chronique ou chute de la langue.

Le prolongement de la langue hors de la bouche est ordinairement une affection que les enfants portent en naissant. A cette époque, le prolongement n'est pas très-considérable; mais il augmente de jour en

jour lorsqu'on ne fait rien pour s'opposer à son accroissement. La langue qui, dans le principe, ne fait que se montrer entre les lèvres, descend ensuite par degrés jusque sur le menton et cause une difformité très-grande; à mesure qu'elle se prolonge davantage, son gonflement devient plus grand, et elle entraîne peu à peu par son poids l'os hyoïde et le larynx, ce qui change les rapports du pharynx avec le voile du palais, et éloigne l'une de l'autre les parties qui doivent être contiguës pour que la déglutition s'opère convenablement. Aussi un des effets constants de cette maladie est-il de rendre la déglutition difficile. L'état de sécheresse et d'aridité du gosier, produit et entretenu par l'écoulement continu de la salive, concourt encore à augmenter la gêne de la déglutition et détermine une soif incommode. La position de la langue entre les mâchoires s'oppose à ce que les dents correspondantes sortent verticalement de leurs alvéoles, et les force de se diriger en avant. La pression des dents déplacées et usées gêne le retour des liquides dans la langue et détermine une sorte d'infiltration qui en augmente encore le volume. En même temps le frottement presque continu de la langue sur les incisives et les canines de la mâchoire inférieure produit dans l'endroit du contact, des excoriations qui versent une certaine quantité de sang; plus tard ces dents tombent, et quelquefois aussi celles de la mâchoire supérieure; s'il en reste quelques débris, ils ne débordent guère les alvéoles. La mâchoire inférieure se recourbe dans son milieu et forme une gouttière où se loge la langue, tandis que les dents molaires des deux mâchoires se touchent et servent à la mastication. La lèvre inférieure se renverse et s'allonge, la mâchoire elle-même, toujours abaissée, se porte un peu en avant; de cette manière, la paroi inférieure de la bouche, au lieu de former une concavité, représente un plan incliné en avant et en bas, disposition qui tend sans cesse à augmenter la maladie dont elle est l'effet. Enfin, le volume de la langue devient quelquefois assez considérable pour égaler celui du poing. Aux excoriations superficielles succèdent des ulcérations profondes d'où découle tantôt une matière grisâtre, tantôt une sanie purulente; quelquefois aussi la langue se dessèche et se durcit; elle se couvre dans quelques cas de mamelons qui se développent également alors sur la membrane palatine; ces mamelons paraissent n'être autre chose que les papilles de la langue dont le volume est augmenté et entre lesquelles on distingue quelquefois des gercures profondes. Un dérangement plus ou moins considé-

rable dans le ton de la voix accompagne toujours cette maladie, et de la difficulté dans l'exercice de la parole s'y joint constamment.

Nous avons dit que le prolongement de la langue hors de la bouche était presque toujours une maladie de naissance; dans quelques cas il survient plus tard et quelquefois même après la seconde dentition. Il succède fréquemment alors à des convulsions et paraît dû à la paralysie des muscles destinés à ramener la langue en arrière. Dans ce cas, les dents incisives et canines ne sont pas déjetées en avant, comme cela arrive lorsque l'affection est congéniale; mais ces dents sont détruites peu à peu par les frottements continus de la langue, et sont progressivement réduites à des chicots qui finissent aussi par tomber.

La situation de la langue hors de la bouche rend la maladie dont nous parlons très-facile à connaître, même pour les personnes tout à fait étrangères à l'art. Il est cependant quelques affections dans lesquelles le même symptôme se manifeste: tel est le gonflement inflammatoire de la langue dont nous avons parlé précédemment, mais qui en diffère non-seulement par la rapidité de sa marche, mais aussi par la douleur et la chaleur dont la langue est le siège, par l'intégrité et la disposition régulière des dents et par les symptômes généraux qui accompagnent cette inflammation. Il est une autre espèce de prolongement symptomatique de la langue, qui diffère moins que le précédent du gonflement essentiel, parce que, comme lui, il a une marche chronique, commence et croît avec lenteur; je veux parler du prolongement de la langue produit par des tumeurs squirrheuses ou tuberculeuses qui se développent dans son tissu, augmentent ses dimensions, et déterminent d'abord sa saillie entre les lèvres, puis son prolongement hors de la bouche. Un examen attentif de la partie déplacée suffira toujours pour faire reconnaître si le prolongement est essentiel ou s'il est dû à la présence d'une tumeur qu'il est facile de distinguer, soit à la vue, soit par le toucher.

Le prolongement congénial de la langue n'est pas une maladie grave; on y remédie facilement lorsqu'il est encore récent, et il n'est pas incurable lorsqu'il dure depuis longtemps. Néanmoins, si on le négligeait entièrement, il aurait des inconvénients très-grands: la gêne de la déglutition, la perte des dents, l'écoulement continu de la salive, influeraient nécessairement d'une manière fâcheuse sur la nutrition, et pourraient amener par degrés la maigreur et le marasme. La difficulté de parler et la difformité qui accompagnent cette

maladie sont aussi des motifs qui doivent engager le chirurgien à la combattre dès son principe et à une époque où elle résiste moins à nos moyens thérapeutiques.

Le traitement varie selon que la maladie est congéniale ou qu'elle survient après la naissance. Dans le premier cas, il est encore différent suivant le temps depuis lequel dure la maladie, et suivant les progrès qu'elle a faits. Si l'on est appelé peu de temps après la naissance, il suffit ordinairement, pour faire cesser cette disposition qui n'est jamais très-prononcée à cette époque, de stimuler avec un peu de sulfate d'alumine en poudre ou de poivre, l'extrémité de la langue, toutes les fois qu'elle reparait entre les lèvres; on force ainsi l'enfant à retirer sa langue dans la cavité de la bouche, et l'on prévient la protrusion consécutive de cet organe. Un des moyens les plus efficaces pour concourir au même but est de choisir pour les enfants qui ont cette disposition vicieuse, une nourrice dont le mamelon soit long et gros; avec cette précaution, les enfants ne sont pas obligés d'allonger la langue pour exercer la succion, comme dans les cas où le mamelon est petit et court, et entre à peine dans la bouche. Si ce moyen était insuffisant, comme cela arrive chez quelques enfants qui têtent en plaçant la langue sous le mamelon et le pressent de la base vers le sommet, il faudrait recourir, comme le conseille Lassus, à l'usage du biberon, au moyen duquel on pousse le lait dans la bouche avec assez de rapidité pour que l'enfant soit contraint de retirer la langue en arrière, afin de modérer l'afflux du liquide. Dans l'intervalle de temps où l'enfant ne tette pas, il convient de faire rentrer la langue dans la bouche, et de s'opposer à ce qu'elle sorte, en maintenant la mâchoire inférieure en contact avec l'autre à l'aide d'un bandage en fronde que l'on détache chaque fois que l'enfant a besoin de prendre de la nourriture.

Si le volume de la langue était trop considérable pour qu'elle pût être réduite, c'est-à-dire pour qu'elle pût être ramenée en totalité dans la bouche, il faudrait faire plusieurs fois le jour sur la langue des lotions propres à en diminuer le gonflement. On a fait quelquefois aussi dans le même but des scarifications sur la langue, ou bien on y a appliqué des sangsues. Si par l'usage de ces moyens on ne pouvait pas rendre à la langue son volume naturel, on pourrait exercer sur elle une compression médiocre, soit avec une petite bande, soit avec un petit sac de toile, qui a le double avantage de comprimer la lan-

gue et de la ramener en arrière lorsqu'il est convenablement maintenu. Il est à peine nécessaire d'ajouter que, dans les cas où cet organe est rude et desséché, il faut en humecter la surface au moyen de lotions et de fomentations répétées.

Enfin, lorsque le prolongement de la langue est très-considérable, fort ancien, et que cet organe est dans un état fongueux et variqueux, on peut tenter l'amputation de la portion de la langue qui se trouve hors de la bouche. On lit dans les *Mémoires de la Société de médecine de Montpellier, rédigés par M. Baumes*, année 1816, partie IV, p. 517, un exemple de cette opération pratiquée avec succès. Le malade était un homme âgé de trente-quatre ans, chez lequel le prolongement de la langue s'était annoncé dès la plus tendre jeunesse. En 1813, ce prolongement était tel que la partie de cet organe qui se trouvait hors de la bouche avait environ sept pouces de longueur sur quatre de largeur et d'épaisseur. M. Mirault, chirurgien d'Angers, auquel le malade s'adressa, ayant reconnu la nature fongueuse et variqueuse de la tumeur, en fit l'extirpation en la divisant transversalement en trois parties au moyen de trois ligatures. Les dents de la mâchoire inférieure étaient entièrement renversées, et la lèvre inférieure avait pris un accroissement considérable. Pour y remédier, M. Mirault pratiqua deux incisions en V, et réunit avec des aiguilles et le bandage unissant. Le malade se rétablit complètement.

Les moyens divers que nous venons de conseiller ne sont applicables qu'au prolongement congénial de la langue. Lorsque cette maladie survient à un adulte, et qu'elle est due à la paralysie des muscles rétracteurs de cet organe, il faut recourir aux remèdes généralement conseillés contre les autres espèces de paralysies. La saignée peut être nécessaire lorsque l'individu est pléthorique, ou que quelque circonstance particulière fait connaître le besoin de cette évacuation; d'autres fois on emploie les vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, les boissons stimulantes, le muriate d'ammoniaque, l'électricité, le galvanisme: dans tous les cas, la réduction de la langue et l'application d'un bandage en fronde qui maintient les mâchoires rapprochées, ne sont pas à négliger et secondent puissamment l'action des remèdes qui ont pour objet de stimuler la contraction des muscles rétracteurs de la langue.

Lorsque le prolongement de la langue hors de la bouche est l'effet

de l'inflammation de cet organe, la maladie qui alors est toujours récente, exige l'emploi des moyens que nous avons indiqués en parlant du gonflement inflammatoire de la langue. Enfin, lorsque ce prolongement dépend de tumeurs squirrheuses ou tuberculeuses développées dans le tissu ou à la surface de la langue, c'est contre ces tumeurs que le traitement doit être dirigé. Dans tous ces cas, le prolongement de la langue n'est pas la maladie essentielle, mais le symptôme d'une autre affection.

Si le renversement de la langue dans le pharynx pouvait avoir lieu, ce serait à la suite de son prolongement hors de la bouche qu'il conviendrait de parler de cette maladie. Mais malgré l'autorité d'un nom aussi recommandable que celui de J.-L. Petit, nous ne croyons pas qu'on puisse admettre ce prétendu renversement de la langue, même après la section du filet.

§ 4. — Des tumeurs cancéreuses de la langue.

La langue est quelquefois le siège de tumeurs cancéreuses qui, en général, occupent sa pointe ou ses bords. Ces tumeurs, très-petites dans l'origine, augmentent de volume par degrés; elles sont quelquefois indolentes pendant longtemps, et même pendant plusieurs années; avant de devenir douloureuses, les malades y ressentent quelques élancements, d'abord éloignés, mais qui deviennent bientôt plus fréquents. La tumeur augmente de volume et finit quelquefois par s'ulcérer. La surface de l'ulcère est dure, livide; elle exhale de temps à autre une certaine quantité de sang, et fournit continuellement une sanie dont l'odeur est tellement repoussante que l'ami le plus tendre, l'épouse la plus dévouée ne peuvent vaincre le dégoût qu'elle inspire. Le mal fait des progrès continuels; le malade délaissé, fatigué de sa triste existence, épuisé ou par la fièvre hectique ou par les hémorrhagies, ou par toutes ces causes à la fois, succombe en moins d'un an, et avant que l'ulcère ait rongé la moitié de la langue.

Il faut prendre garde de confondre les tumeurs cancéreuses de la langue avec l'engorgement dur, et en apparence squirrheux, de cet organe, causé par le virus vénérien. Cet engorgement occupe l'épaisseur de la langue, et quelquefois ses bords et sa pointe en sont seuls préservés. Sa surface présente ordinairement une ou plusieurs fentes plus ou moins profondes, mais qui ne versent aucune humeur.

Il n'attaque jamais que des personnes qui ont eu la vérole et qu'on a mal guéries; il n'est point douloureux, il gêne seulement la mastication et la parole. J'ai plusieurs fois observé cette maladie, et je suis toujours parvenu à la guérir en imposant aux malades un traitement antivénérien général, et en leur faisant tenir fréquemment dans la bouche du suc de laitue. Ce dernier moyen est recommandé par Galien, qui dit l'avoir vu employer avec succès conjointement avec des pilules composées d'aloès, de scammonée et de coloquinte, sur un homme de soixante ans qui avait la langue tuméfiée au point que la bouche ne pouvait la contenir (1).

On ne peut guérir les tumeurs cancéreuses de la langue qu'en les emportant avec l'instrument tranchant et en cautérisant ensuite, lorsqu'il le faut, la plaie avec un fer rouge, afin de détruire les restes de

(1) L'opinion de Boyer sur la différence du siège des tumeurs cancéreuses et des tumeurs syphilitiques consécutives de la langue étant basée sur l'expérience, l'observation journalière prouve son exactitude. Cependant, quelques cas semblent contredire cette opinion. Un homme, âgé de cinquante et un ans, se présenta à moi, au mois d'août 1845, pour me consulter sur une tumeur qui avait son siège dans le milieu de la moitié droite de la langue. Il me dit que cette tumeur existait d'abord dans la partie moyenne de la moitié gauche de la langue, et qu'un chirurgien d'un des hôpitaux de Paris l'avait détruite avec un caustique. Cette opération avait été pratiquée en janvier ou février de l'année 1845. Le malade paraissait guéri, lorsqu'une nouvelle tumeur se montra dans le côté droit de la langue. Deux autres chirurgiens d'autres hôpitaux de Paris, consultés pour cette nouvelle tumeur, la jugèrent syphilitique consécutive. Il se confia successivement à chacun d'eux. L'un employa l'iodure de potassium, et l'autre le proto-iodure de mercure : ces médicaments furent pris à l'intérieur, et aucune application locale ne fut mise en usage. Après avoir usé de chacun de ces deux médicaments pendant un mois, le malade, voyant qu'il ne se manifestait aucune amélioration dans l'état de sa langue, vint me consulter. Le déplacement du mal, son siège, son aspect et l'absence de tout engorgement dans les ganglions sous-maxillaires me firent juger que la tumeur était une affection syphilitique consécutive. En conséquence, j'eus recours au deutochlorure de mercure en pilules et en collutoires. Il y eut dans le principe une amélioration sensible dans le volume de la tumeur; mais bientôt, elle se montra rebelle à tous les moyens thérapeutiques antisiphilitiques, et l'iodure de potassium à la dose d'un gramme et demi fut sans effet. La langue s'est détachée du plancher de la bouche; les dents canines