

de vaisseaux lymphatiques qui ont subi une ectasie énorme et qui représentent des espaces caverneux. Ces espaces sont tapissés d'endothélium et remplis par une sérosité contenant de nombreuses cellules lymphatiques. En un mot, d'après les recherches de ces auteurs, la lésion caractéristique de la macroglossie congénitale serait une lymphangiectasie, qui devrait faire ranger cette hypertrophie linguale dans le groupe des éléphantiasis.

Symptômes. — Au début, la macroglossie congénitale peut passer complètement inaperçue. Les enfants tettent facilement; quelquefois cependant on note une certaine gêne de la succion, et l'habitude de tenir la bouche entr'ouverte et de porter fréquemment la langue entre les lèvres. Plus tard, vers l'âge de deux ou trois ans, la difformité s'accuse davantage; le rapprochement des mâchoires est difficile, la langue fait saillie entre les lèvres, et la salivation est abondante. Lorsque le volume de l'organe devient très considérable, la partie de la langue qui fait saillie hors de la bouche est étranglée et les arcades dentaires y impriment un sillon profond qui est quelquefois le siège d'ulcérations. La langue retombe au-devant du menton; sa surface est tantôt rosée, tantôt noirâtre, recouverte de mucus desséché; ses papilles sont hypertrophiées.

Les parties voisines ne tardent pas à subir l'effet de ce déplacement de la langue. Le maxillaire inférieur est projeté en avant; il subit un véritable renversement, qui porte en haut sa face postérieure, et en bas sa face antérieure. Les dents incisives sont directement dirigées en avant; leur face postérieure est habituellement le siège d'un dépôt de tartre abondant. La lèvre inférieure est également renversée; elle est œdématiée et augmentée de volume; enfin les parties profondes de la cavité buccale elles-mêmes, le voile du palais et les amygdales, l'os hyoïde et le larynx sont entraînés en avant par le poids de la langue hypertrophiée.

On comprend combien, en pareil cas, la nutrition devient difficile. Une autre cause de débilitation résulte de l'écoulement incessant de la salive au dehors. La respiration devient très difficile; elle ne peut plus se faire que par les fosses nasales. La phonation est elle-même presque abolie, et la parole devient tout à fait inintelligible.

La marche est essentiellement progressive; arrivée à la période d'état, la maladie n'a aucune tendance à guérir spontanément. Le

pronostic emprunte donc à cette marche, rapprochée des troubles fonctionnels que nous venons d'énumérer, une réelle gravité.

Traitement. — Au début de la maladie, il faut s'opposer à l'habitude que prennent les enfants de projeter la langue en avant. Pour cela, il sera bon de les élever au biberon, en déposant le lait dans la cavité buccale, de manière à éviter la projection de la langue nécessitée par la succion. Dans l'intervalle des repas, on maintiendra la bouche fermée et les mâchoires rapprochées, à l'aide d'un bandage en forme de fronde.

Lorsque le prolapsus est constitué, il faut recourir à la compression, ou, si ce dernier moyen ne réussit pas, pratiquer l'excision de la partie proéminente. Employée pour la première fois par Leblanc (d'Orléans), la compression a donné entre les mains de Fréteau (de Nantes) de nombreux succès. Elle peut être réalisée par deux procédés : la compression indirecte se proposant de refouler la langue en arrière, et de la faire rentrer dans la cavité buccale, et la compression directe, dans laquelle l'organe est enveloppé dans un bandage compressif destiné à diminuer son volume. La compression indirecte, en refoulant la langue dans la bouche, gêne la respiration et peut déterminer la suffocation. Aussi la compression directe semble-t-elle préférable.

Si ces divers moyens échouent, il faut en venir à l'ablation de la portion de la langue saillante au dehors. L'excision à l'aide du bistouri exposerait à l'hémorrhagie; aussi vaut-il mieux se servir de l'écraseur. On se guidera, pour l'application de l'instrument, sur le sillon tracé à la surface de l'organe par les arcades dentaires.

Le traitement sera complété par le redressement, au moyen d'appareils convenables, de la lèvre et de la mâchoire inférieures. On pratiquera, s'il est nécessaire, l'arrachement des dents incisives déviées.

2° TUMEURS VASCULAIRES

Les tumeurs vasculaires de la langue sont rares; elles appartiennent, soit à la classe des anévrysmes, soit à celle des tumeurs érectiles.

a. Anévrysmes. — On a rencontré dans la langue des anévrysmes diffus et circonscrits. A la suite d'une plaie de la langue dans

laquelle une artère a été intéressée, on peut voir se former un épanchement sanguin qui, restant en communication avec la plaie artérielle, présente tous les caractères de l'anévrisme diffus ou faux primitif. Il se montre sous forme d'une tumeur molle, mal circonscrite, sans battements appréciables, mais animée d'un frémissement cataire. Tantôt l'anévrisme se limite et se transforme en anévrisme circonscrit, tantôt il devient le siège d'un travail inflammatoire et aboutit à la suppuration.

Pour le traitement, on devra imiter la conduite de Maisonneuve, qui pratiqua la ligature de l'artère linguale dans la plaie préalablement agrandie. Pasturel réussit à l'aide de la compression au moyen d'un fil métallique double porté en arrière de la plaie à travers la langue, et étreignant dans son anse toutes les parties molles. Enfin la ligature de la linguale dans la région sus-hyoïdienne constitue la dernière ressource.

Les anévrysmes circonscrits peuvent, comme nous venons de le dire, succéder aux anévrysmes diffus, ou bien se montrer primitivement. Ils sont d'ailleurs fort rares. Ils donnent au doigt la sensation de frémissement et de pulsations isochrones aux battements du pouls. Ils augmentent de volume pendant l'effort.

On pourra, dans le traitement, imiter la conduite de Colomb, qui lia l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur, et ouvrit le sac; au bout de cinq jours, la guérison était complète. Si la tumeur était peu accessible, et que ce mode de traitement présentât de trop grandes difficultés, on aurait recours à la ligature de l'artère linguale, en dehors de l'organe (Coutenot, *Des angiomes de la langue*. Thèse de doct., Paris, 1887, n° 356).

b. Tumeurs érectiles. — A l'inverse des anévrysmes, les tumeurs érectiles de la langue ne sont pas rares. Foucher, dans sa thèse, en 1862, a pu en réunir un certain nombre d'observations, et tracer de cette affection un tableau didactique.

Les tumeurs érectiles de la langue sont congénitales; mais assez souvent elles passent inaperçues pendant les premières années, à cause du peu de gêne qu'elles déterminent. Elles débent parfois dans la langue sous forme de *nævi materni*; dans d'autres cas, elles résultent de l'extension de tumeurs érectiles, primitivement situées dans la joue, les lèvres ou le plancher de la bouche.

On y observe les deux variétés dites tumeurs érectiles artérielles

ou télangiectasie simple et les tumeurs érectiles veineuses ou cavernueuses. Les tumeurs érectiles artérielles sont surtout superficielles, tandis que les tumeurs profondes sont cavernueuses ou veineuses. La tumeur érectile superficielle ou artérielle se présente sous la forme d'une saillie mollasse, élastique, réductible par la palpation et par la compression de la carotide primitive. Elle présente parfois des pulsations isochrones aux mouvements du pouls. La tumeur érectile veineuse est d'une teinte bleuâtre, plus molle, plus souple que la tumeur érectile artérielle. Elle ne possède ni battements, ni frémissement. Elle se vide lentement par la pression, et ne revient que lentement aussi à son volume primitif.

Lorsque la tumeur est superficielle et bien circonscrite, on peut en pratiquer l'extirpation ou la ligature. Est-elle, au contraire, plus profonde, ou diffuse, on aura recours, soit à la cautérisation avec le fer rouge, soit à l'électrolyse ou encore aux injections coagulantes.

5° KYSTES

Bien que rares, les kystes de la langue ne laissent pas que d'être de natures très variées: on y rencontre des kystes dermoïdes, dits kystes pileux ou athéromateux. On y voit aussi des kystes hydatiques et des kystes séreux simples. Enfin les plus fréquents sont les kystes muqueux, qui se développent aux dépens des nombreux éléments glandulaires renfermés dans l'épaisseur de la langue. Le contenu de ces kystes est filant, visqueux; sa ressemblance avec le liquide de la grenouillette, le siège fréquent de la tumeur à la face inférieure de la langue, leur a fait quelquefois donner le nom de grenouillette linguale. Dans un cas de cette nature, opéré par Bouisson (de Montpellier), l'analyse chimique n'y fit reconnaître que du mucus absolument pur.

Quelle que soit leur nature, les kystes de la langue ont pour siège de prédilection la base de l'organe ou sa face inférieure. Ils sont presque toujours superficiels; rarement ils occupent l'épaisseur même des tissus. On les a rencontrés à tous les âges de la vie. Paul Dubois a observé, chez un nouveau-né âgé de deux jours, un kyste de la partie inférieure et libre de la langue.

Les tumeurs kystiques sont arrondies, indolentes; quelquefois molles ou légèrement élastiques, dans d'autres cas, au contraire,

nettement fluctuantes. Habituellement les troubles fonctionnels qu'ils provoquent sont sans importance. Il y a un peu de gêne de la parole et de la mastication. C'est seulement dans les cas comme celui de Dubois, que, la succion étant impossible chez un jeune enfant, la vie est sérieusement menacée.

Le diagnostic ne présente guère de difficultés que pour les kystes profonds, ayant des parois épaisses et un contenu muqueux. Lorsque la poche est superficielle, on sent aisément la fluctuation. Quant à la nature du kyste, c'est la ponction exploratrice qui, seule, peut la préciser.

Le traitement consiste dans la ponction et l'injection iodée, qui pourront suffire si le kyste a des parois minces et renferme un liquide séreux. Si ce traitement reste insuffisant, si le liquide est très visqueux, on devra recourir à l'excision de la poche. L'excision complète ne laisserait pas que d'être d'une exécution difficile et dangereuse, lorsqu'il s'agit de kystes profondément situés; aussi vaut-il mieux suivre le conseil des auteurs du *Compendium de chirurgie* et lui préférer l'excision partielle. La poche est embrochée avec un ténaculum et attirée en avant; on résèque toute la portion comprise en avant de l'instrument; on a ainsi une large ouverture qui reste béante et permet de faire des cautérisations au nitrate d'argent pour amener la guérison.

4° LIPOMES

Le lipome de la langue est une affection tellement rare que, en 1861, les auteurs du *Compendium* pouvaient encore donner comme unique l'observation recueillie par M. Bastien, interne dans le service de Laugier. Depuis lors, de nouveaux faits ont été publiés; M. Bouisson, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et M. Duplay en comptent 4 cas. Dans ces dernières années, j'ai pu en observer un exemple qui, vu sa fluctuation et sa transparence parfaite, avait été pris pour un kyste. La tumeur siégeait à la pointe de la langue du côté droit. Plus tard, le malade entra dans le service de M. Gosselin, qui pratiqua l'ablation de la tumeur et constata qu'il s'agissait d'un lipome. La pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Guelliot, interne de M. Gosselin, et l'observation est consignée dans les bulletins de cette Société pour l'année 1880. A propos de ce fait,

M. Guelliot a cherché les autres cas de lipomes de la langue, et il n'a pu en réunir que 8; celui de M. Gosselin constitue le neuvième. Il en résulte donc qu'il s'agit là de tumeurs extrêmement rares.

Tantôt la tumeur est superficielle et située immédiatement au-dessous de la muqueuse, tantôt elle est profonde et naît dans l'épaisseur même des fibres musculaires de l'organe. Le plus souvent elle occupe la région antérieure et dorsale de la langue. En général, la tumeur est unique, mais on a pu voir, dans un cas de Mason, trois tumeurs graisseuses de la face dorsale de la langue.

Tantôt la tumeur est sessile, tantôt elle possède un pédicule plus ou moins large; elle est quelquefois bosselée et présente une coloration jaunâtre; c'est ce qui existait dans les cas de Follin et de Bouisson, et dans celui de Gosselin que nous avons pu observer. La fluctuation est parfois si nette qu'on comprend que la tumeur ait pu être prise pour un kyste. Les troubles fonctionnels sont peu prononcés. Il y a cependant de la gêne de la parole et de la mastication.

Le pronostic est bénin. Quant au traitement, il consiste dans l'extirpation qui a pu être faite soit avec le bistouri, si la tumeur est très superficielle, soit avec la ligature ou le galvano-cautère, dans les cas où la tumeur est profonde et où l'on craint une hémorrhagie.

5° FIBROMES

Comme les lipomes, les fibromes de la langue sont des tumeurs rares. C'est chez les adultes qu'on les a surtout rencontrés. Ils siègent le plus souvent à la face dorsale de la langue, soit sous la muqueuse, soit dans les parties profondes. Leur consistance est habituellement dure, leur forme est arrondie; quelquefois la tumeur présente un pédicule plus ou moins long et plus ou moins étroit, affectant complètement la forme d'un polype. Ce sont des tumeurs indolentes, à marche lente. Elles ne dépassent guère habituellement le volume d'une noix; quelquefois même elles peuvent rester stationnaires. Dans d'autres cas, au contraire, elles s'enflamment et s'ulcèrent.

En général, les troubles fonctionnels sont peu marqués; ils se bornent à une certaine gêne de la parole et de la mastication. Cependant, chez une jeune fille observée par Pooley, on vit survenir deux complications graves; des hémorrhagies abondantes, et des accès de suffocation. Ceux-ci tenaient au siège même et à la forme de la

tumeur ; dans ce cas, en effet, le fibrome de la langue était pédiculé et situé à la base de l'organe, de sorte que, dans les mouvements de déglutition, il venait s'appliquer sur l'orifice supérieur du larynx et déterminait les accès de suffocation.

Le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés. Toutefois la dureté de la tumeur, sa pédiculisation, sa marche lente, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'inutilité du traitement spécifique, sont autant de circonstances qui permettront de différencier les fibromes, soit des tumeurs syphilitiques, soit du cancer.

Le pronostic, à part les cas exceptionnels que nous avons signalés plus haut, ne présente pas de gravité.

Le traitement consiste dans l'extirpation qui pourra être faite par la simple excision au bistouri, si la tumeur est superficielle ; à l'aide de la ligature ou de l'écraseur, si la tumeur est profondément située, et qu'on ait à craindre l'hémorrhagie.

6° ÉPITHÉLIOMA

Contrairement aux tumeurs précédentes, kystes, fibromes, lipomes, qui sont des exceptions rares, l'épithélioma lingual est, au contraire, d'une fréquence extrême, et malheureusement aussi d'une extrême gravité.

Anatomie pathologique. — On décrivait autrefois dans la langue toutes les variétés de cancer, et cette description se retrouve encore dans les articles du *Compendium de chirurgie* et dans celui de M. Bouisson (*Dict. encycl.*). Ce dernier auteur, en effet, passe successivement en revue le squirrhe, l'encéphaloïde et l'épithélioma. Aujourd'hui cette manière de voir tend à être abandonnée complètement, et l'épithélioma semble être la seule variété de tumeur cancéreuse dont on doive admettre l'existence dans la langue. Hannover, Paget et Hutchinson, se fondant sur les faits cliniques, furent les premiers à émettre des doutes sur la présence du carcinome dans la langue. De leur côté, Forster, Thiersch et Billroth, en Allemagne, arrivèrent à la même conclusion en se basant sur leurs examens histologiques. M. Th. Anger, auteur d'une très bonne thèse d'agrégation sur le cancer de la langue (1872), tend à se rattacher à l'opinion des auteurs précédents. Toutefois il n'ose trancher définitivement la question ; il adopte, comme Fairlie Clarke, une opinion mixte ;

M. Duplay s'arrête à la même solution. En résumé, il est permis de conclure que, s'il existe des carcinomes de la langue, dans les cas surtout où il s'agit de la propagation à cet organe d'un carcinome primitif du voisinage ; dans l'immense majorité des faits, au contraire, le cancer affecte dans la langue la forme de l'épithélioma. Aussi est-ce la seule dont nous nous occuperons ici.

D'après son mode de début, on peut décrire à l'épithélioma lingual deux formes : l'épithélioma papillaire et l'épithélioma interstitiel.

a. *Épithélioma papillaire.* — Souvent cette forme débute au niveau d'une de ces plaques d'un blanc laiteux qu'on a désignées quelquefois sous le nom de glossite ou plaque des fumeurs, que M. Debove, dans sa thèse (1875), a décrites sous le nom de psoriasis buccal. Cet auteur rapporte un certain nombre de faits appartenant à MM. Bazin, Hardy, Lallier, Verneuil, etc., qui ont tous constaté cette transformation fréquente du psoriasis buccal en épithélioma. Depuis lors, M. Trélat, soit dans des communications à la Société de chirurgie, soit dans ses leçons cliniques, a fréquemment insisté sur les relations étroites du psoriasis buccal, dit aussi par M. Vidal leucoplasie buccale, avec l'épithélioma. On voit, en effet, dans un grand nombre de cas, une desquamation épithéliale au niveau des plaques blanches de psoriasis ; les papilles linguales sont mises à nu et hypertrophiées, et il en résulte un véritable papillome ; puis les éléments épithéliaux s'infiltrèrent dans l'épaisseur de la muqueuse linguale, qui se creuse de sillons profonds, et aboutit à l'ulcération.

Cette forme de l'épithélioma papillaire ou superficiel s'observe surtout à la face dorsale de la langue et dans ses parties antérieures ; les faits, comme ceux de Roux (de Brignoles) dans lesquels l'épithélioma se développe sur les côtés du frein de la langue, sont exceptionnels.

b. *Épithélioma interstitiel.* — Cette forme, bien étudiée par Thiersch, ne débute pas par les papilles et les couches superficielles de l'épiderme lingual, mais bien dans la profondeur des sillons interpapillaires. Elle a surtout tendance à croître en profondeur et à pousser des prolongements dans l'interstice des fibres musculaires. Pendant longtemps la muqueuse reste intacte ; elle est seulement épaissie et indurée ; l'ulcération ne survient que tardivement. Au con-

traire, les éléments épithéliaux s'infiltrèrent dans l'épaisseur des muscles, et forment souvent de longues traînées épithéliales qui, siégeant loin du foyer primitif, expliquent aisément les récidives après les opérations. C'est habituellement l'épithélioma pavimenteux, lobulé, qu'on observe dans l'épaisseur de la langue.

L'épithélioma interstitiel siège fréquemment sur les parties latérales de la langue, tantôt à quelque distance de la pointe, tantôt beaucoup plus profondément, dans le sillon qui sépare la langue de l'amygdale. Cette dernière localisation, signalée par MM. Verneuil et Demarquay, a une grande importance; car, en rendant très difficile le traitement, elle aggrave beaucoup le pronostic.

De bonne heure, la propagation se fait aux ganglions sous-maxillaires, puis aux ganglions carotidiens. Quelquefois même, les parties voisines de la langue, le plancher de la bouche, les amygdales, le voile du palais, sont envahies par l'épithélioma.

Étiologie. — Ce que nous savons sur le développement de l'épithélioma lingual se borne aux données suivantes : la maladie est infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme, à tel point que, chez cette dernière, elle constitue une véritable rareté. C'est dans l'âge adulte, de quarante à soixante ans, qu'on l'observe le plus souvent. Toutefois on en a vu des exemples à un âge moins avancé, vers trente ans, par exemple; Billroth en a même observé un cas chez un jeune homme de dix-huit ans. L'hérédité est signalée dans un certain nombre de faits. Toutes les irritations locales constituent autant de causes prédisposantes du développement de l'épithélioma lingual; ainsi les ulcérations simples causées par la présence d'un chicot; les irritations répétées, exercées par la pipe et le tabac chez les fumeurs. Rappelons enfin la relation intime de l'épithélioma lingual avec le psoriasis ou leucoplasie buccale, qu'on rencontre fréquemment chez des arthritiques, ainsi que l'a noté Bazin.

Symptômes. — Le début diffère suivant qu'on a affaire à l'épithélioma superficiel, ou à l'épithélioma interstitiel ou infiltré.

Dans la première forme, il existe tantôt une petite fente ou crevasse, tantôt une verrue ou papillome qui elle-même s'ulcère, et gagne en profondeur, en même temps qu'elle s'étend en largeur. Dans la forme interstitielle, au contraire, ce qu'on voit au début, c'est une tumeur, appréciable à sa consistance au milieu des parties saines voisines, et au relief qu'elle forme à la surface de l'organe. La tumeur

augmente progressivement de volume en même temps qu'elle pousse des prolongements en tous sens. Elle prend la forme bosselée; enfin l'une de ces bosselures devient plus saillante, et finit par s'ulcérer. L'ulcération creuse en profondeur; elle est recouverte d'un pus sanieux, grisâtre, tapissée par des bourgeons fongueux, mollasses, qui saignent facilement. Elle repose, soit sur un fond induré, soit même sur une véritable tumeur.

A cette période, l'état du malade atteint d'épithélioma buccal devient des plus misérables. Il est en proie à des douleurs violentes qui s'irradient dans les parties voisines, dans la face, dans le cou, mais surtout dans l'oreille du côté correspondant. Cette douleur de l'oreille, dans l'épithélioma lingual, se présente avec un si grand degré de fréquence qu'elle prend une véritable importance diagnostique. La parole, la mastication, la déglutition, sont rendues très difficiles; quelquefois même, à la fin de la maladie, elles deviennent tout à fait impossibles. Un ichor fétide s'écoule incessamment dans la bouche; parfois il existe des hémorragies plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées. Enfin un symptôme constant qui tourmente beaucoup les malades, c'est une salivation profuse qui les oblige à faire des mouvements incessants d'expectation.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont envahis; ils forment des tumeurs volumineuses, qui exagèrent encore les douleurs par les compressions nerveuses auxquelles elles donnent lieu. Ces tumeurs elles-mêmes s'ulcèrent, fournissent un écoulement ichoreux abondant. Enfin le malade, miné par des douleurs continuelles, souffrant de la faim, arrivé au dernier terme de la cachexie cancéreuse, succombe aux progrès de l'affection locale; il est beaucoup plus rare de voir se produire des dépôts secondaires dans les viscères et une généralisation cancéreuse.

Pronostic. — Après ce que nous venons de dire des symptômes, il est inutile d'insister longuement sur l'effroyable gravité du pronostic. C'est celui du cancer en général, encore aggravé ici par la gêne de l'alimentation et par l'impuissance de la chirurgie dans l'immense majorité des cas. On peut dire que, malgré le nombre et la perfection apparente des procédés opératoires mis en usage, la récidive est la règle, la guérison définitive est la très rare exception. Il en existe cependant quelques exemples. Réunissant les faits qui lui sont personnels à ceux de MM. Verneuil, Kocher, Le Dentu, Guyon, Delens,

M. Trélat, dans l'une de ses cliniques, est arrivé à en rassembler 15 exemples. Ce sont ces faits qui obligent le chirurgien à intervenir opératoirement. Il faut ajouter du reste que lors même que la récurrence se montre, elle se fait quelquefois assez longtemps attendre pour que le malade ait éprouvé un soulagement prolongé et tiré un bénéfice réel de l'opération. De sorte que, même à ce point de vue, l'intervention s'impose au chirurgien.

Diagnostic. — Les opinions les plus opposées sont professées sur le diagnostic de l'épithélioma lingual. Tandis, en effet, que certaines personnes le regardent comme étant d'une difficulté extrême, d'autres pensent qu'il est le plus souvent aisé. Sans doute il est des cas difficiles; mais il faut proclamer bien haut, avec MM. Verneuil et Trélat, que ces cas sont l'exception, et que, dans l'immense majorité des faits, le diagnostic de l'épithélioma lingual est en réalité facile. Ce fait a la plus haute importance; car trop souvent, s'abritant derrière la difficulté et l'incertitude du diagnostic, on a institué les traitements les plus funestes, cautérisations répétées, administration de l'iodure de potassium et du mercure à l'intérieur; et il est permis de dire que trop souvent le pronostic de l'épithélioma lingual, déjà si grave par lui-même, a été aggravé encore par un traitement inopportun. Le diagnostic est à faire tout d'abord avec certains cas de névralgie linguale ou glossodynie sur lesquels M. Verneuil a appelé l'attention dans une communication faite à l'Académie de médecine en 1887, sous le titre d'*Ulcérations imaginaires de la langue*. La glossodynie se voit le plus souvent chez des névropathes, des arthritiques. Un examen soigneux de la cavité buccale et de l'état général du sujet permettra de se convaincre qu'on a affaire à une névralgie pure et simple, ou même à une maladie purement imaginaire.

Déjà nous avons parlé des ulcérations simples, d'origine dentaire; parfois elles présentent un aspect extérieur, elles reposent sur une induration, qui rappellent les caractères de l'épithélioma lingual. Après s'être assuré que l'aspérité d'une dent est en rapport avec l'ulcération linguale, rien n'est plus simple que d'arracher la dent, de traiter le malade par le chlorate de potasse, les gargarismes émoullissants, et l'on verra bientôt guérir l'ulcération.

Le chancre lingual ne peut pas donner non plus longtemps naissance à l'hésitation. Sa forme circonscrite, son siège à la pointe de

la langue, l'engorgement ganglionnaire accompagnant dès le début l'ulcération, enfin la guérison rapide, sont autant de circonstances qui le différencient de l'épithélioma.

Les ulcérations tuberculeuses ne reposent pas sur une tumeur; elles n'ont pas des bords indurés. Leur fond est rosé, présentant çà et là quelques petits bourgeons, parmi lesquels il en est qui ont une teinte grisâtre ou jaunâtre. Enfin, sur la muqueuse voisine, on observe un semis de petites taches jaunâtres qui ne sont autre chose que des granulations tuberculeuses isolées, et qui achèvent de confirmer le diagnostic. Ajoutons que ces ulcérations tuberculeuses s'observent souvent chez des sujets jeunes atteints de tuberculose pulmonaire, ou présentant d'autres manifestations tuberculeuses à l'intérieur de la bouche ou sur le voile du palais. Bien que pouvant causer des douleurs, les ulcérations tuberculeuses sont cependant beaucoup moins douloureuses que le cancer.

C'est surtout avec les lésions tertiaires de la syphilis que doit s'établir le diagnostic. En effet, les gommés avant leur ouverture peuvent être confondues avec la tumeur formée par l'épithélioma infiltré. Une fois ouvertes, l'ulcération à laquelle elles donnent lieu peut présenter certains caractères des ulcérations cancéreuses. Toutefois il est à remarquer que les gommés de la langue sont souvent multiples, tandis que l'épithélioma forme une tumeur unique. Dans la syphilis tertiaire de la langue, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, il n'y a pas la base indurée sur laquelle repose l'ulcération cancéreuse; il n'y a pas, enfin, les douleurs atroces du cancer. Un signe qui a une grande importance, c'est la présence à la surface de la langue de ces crevasses, de ces fissures qu'on rencontre dans la syphilis, et sur lesquelles Saison, dans sa thèse, et Fairlie Clarke ont insisté. Mais il peut se faire que ces différents signes ne se présentent pas toujours avec le même degré de netteté; souvent même il arrive qu'un épithélioma lingual se développe chez un syphilitique, et même se surajoute à des lésions spécifiques antérieures de l'organe; on comprend qu'en pareil cas le diagnostic puisse présenter les plus sérieuses difficultés. C'est le traitement spécifique qui tranchera la question. En effet, si un traitement mixte par l'iodure de potassium et le mercure, méthodiquement institué et régulièrement suivi par le malade, reste sans effet, on doit abandonner l'hypothèse de lésion syphilitique; mais ce qu'il importe de bien savoir, c'est que l'épreuve ne doit pas être

longtemps prolongée. Si le traitement spécifique n'a pas produit d'effet au bout de quinze jours ou trois semaines, il faut l'abandonner, et ne pas poursuivre pendant des mois entiers l'administration de l'iodure de potassium, extrêmement nuisible dans les cas de cancer.

Traitement. — Ce qu'il importe de bien établir tout d'abord, c'est que le traitement de l'épithélioma lingual ne comporte que deux ordres de moyens : ou bien un traitement palliatif, destiné à calmer les souffrances du malade, ou bien un traitement chirurgical, qui doit consister dans une très large ablation du mal. Entre ces deux ordres de moyens, il n'y a point place pour les demi-mesures, pour les opérations parcimonieuses n'enlevant le mal qu'incomplètement, et surtout pour les cautérisations qui, en activant la marche du cancer, vont directement contre le but qu'on se propose.

a. *Traitement palliatif.* — Calmer les douleurs du malade, parer aux inconvénients qui résultent pour lui de l'ulcération de la tumeur, des hémorrhagies, de la difficulté de la déglutition, telles sont les indications que comporte le traitement palliatif.

Les calmants à l'intérieur, les gargarismes à la fois émollients et narcotiques, l'usage du chlorate de potasse, qui, en diminuant l'inflammation de la muqueuse buccale, peut soulager les douleurs, sont les moyens principaux dont se compose le traitement palliatif. En 1850, le docteur Hilton eut l'idée, pour calmer les douleurs du cancer de la langue, de sectionner le nerf lingual; le malade fut momentanément soulagé. Pratiquée cinq fois depuis lors, cette opération a donné des résultats assez avantageux. On pourrait donc y recourir, d'autant plus qu'elle ne présente pas de difficultés. Contre l'ichor fétide qui s'échappe des ulcérations, on aura recours aux gargarismes antiseptiques avec l'acide phénique, les acides borique ou salicylique. Désinfecter soigneusement l'ulcération est souvent le meilleur moyen de mettre le malade à l'abri de l'hémorrhagie. Si celle-ci survient, une compression légère avec un petit tampon imbibé d'un liquide astringent, eau de Pagliari, perchlorure de fer, l'emploi de la glace, suffiront dans un très grand nombre de cas. S'il en était autrement, il faudrait recourir à la ligature de l'artère linguale. Cette dernière ligature a été conseillée dans un tout autre but par Harvey, et pratiquée par divers chirurgiens, au nombre desquels on peut citer Broca et Demarquay. On se propose en effet,

en arrêtant la circulation dans la langue, d'amener l'atrophie de la tumeur. Dans plusieurs cas, les résultats ont été assez avantageux; on a pu constater une diminution sensible du volume de la tumeur, et un amendement des troubles fonctionnels. Mais ce moyen ne peut amener une guérison complète du cancer; aussi l'avons-nous placé dans le traitement palliatif. Enfin, dans certains cas d'épithélioma profond, se rapprochant beaucoup de l'épiglotte et de l'isthme du gosier, la déglutition devient si difficile que le malade est menacé de mourir de faim. Il est dès lors indispensable de le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne.

b. *Traitement curatif.* — Celui-ci ne devra être entrepris que si l'épithélioma est assez limité pour qu'on ait l'espérance de dépasser très largement les limites du mal. Deux cas peuvent se présenter : Ou bien le cancer est tout à fait au début et parfaitement circonscrit; il siège en un point facilement accessible de la langue. On peut opérer alors par la bouche, en attirant la langue en avant, et enlevant la partie de l'organe malade, soit avec le bistouri ou le thermo-cautère, soit avec l'écraseur, le galvano-cautère, ou encore par la ligature élastique. La tumeur, au contraire, est-elle plus ou moins diffuse, s'étend-elle au loin vers la base de la langue, y a-t-il déjà des ganglions envahis, il est nécessaire d'avoir recours à une opération préliminaire pour pouvoir attirer aisément la langue hors de la bouche, voir clairement ce qu'on fait, et pratiquer du même coup la ligature de l'artère linguale, l'extirpation de la langue et des ganglions. De très nombreux procédés opératoires ont été imaginés dans ce but; nous ne pouvons les décrire ici; nous renvoyons pour leur étude aux traités de médecine opératoire. Nous nous contenterons de rappeler que Sédillot a conseillé la section du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, que Billroth et Regnoli ont fait, dans la région sus-hyoïdienne, une incision parallèle à la mâchoire inférieure, et allant du bord antérieur d'un masséter à l'autre; que MM. Kocher et Verneuil adoptent une incision latérale allant de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire. Chacun de ces différents procédés pourra trouver son application suivant les cas particuliers.

IV

VICES DE CONFORMATION

1^o ABSENCE DE LA LANGUE

La langue peut manquer complètement ou partiellement. Tantôt cette absence de la langue est congénitale, tantôt elle est accidentelle ou acquise. Dans l'absence congénitale de la langue, il existe presque toujours sur le plancher de la bouche un petit mamelon, représentant la base de l'organe, comme dans le cas rapporté par Jussieu en 1718. M. Bouisson fait remarquer que les auteurs ne parlent pas de la manière dont s'effectue la succion chez les enfants atteints de ce vice de conformation. Il est probable toutefois qu'elle est très difficile, sinon même complètement impossible. Dans l'âge adulte, il existe une gêne plus ou moins marquée de la déglutition, de l'expulsion et de la phonation.

L'absence accidentelle de la langue tient à la destruction de cet organe par des plaies, des ulcérations, et aussi aux opérations chirurgicales. Il est à noter que, dans ce dernier cas, la gêne tenant à l'absence de la langue est assez souvent passagère. On voit, au bout de quelque temps, la déglutition et la phonation se faire avec une assez grande facilité.

[2^o BIFIDITÉ DE LA LANGUE

Normale dans certaines espèces animales, la bifidité de la langue constitue chez l'homme une anomalie fort rare, qui se lie le plus souvent à d'autres vices de conformation. Pigné a rapporté un cas de bifidité de la langue chez un monstre qui avait quatre membres abdominaux et diverses lésions incompatibles avec la vie. Parise a vu la bifidité de la langue coïncider avec une division du maxillaire inférieur.

Ce défaut de conformation pourrait également être acquis, dans les cas où une plaie profonde de la langue n'ayant pas été réunie par la suture, il en résulterait une fente gênant les fonctions de la phonation et de la mastication. L'indication consisterait, en pareil cas, à

aviver les deux lèvres de la solution de continuité et à les réunir par la suture.

5^o ANKYLOGLOSSE

Sous le nom d'ankyloglosse, on comprend toute adhérence anormale, congénitale ou acquise, tenant la langue fixée en un point de la cavité buccale. Suivant que l'adhérence existe sur la ligne médiane inférieure ou sur tout autre point de la face inférieure, sur les parties latérales ou sur la face supérieure de l'organe, M. Bouisson décrit quatre variétés d'ankyloglosse. A cette description, nous préférons celle adoptée par M. Duplay, et dans laquelle l'ankyloglosse est divisé seulement en deux classes, suivant qu'il est accidentel ou congénital.

a. Ankyloglosse accidentel. — La mobilité de la langue rend assez rare la production d'adhérences entre elle et les parties voisines. On peut cependant l'observer comme conséquence d'une plaie, d'une glossite, d'une stomatite ulcéreuse. Tantôt les adhérences siègent sur la face inférieure de la langue, unissant cet organe au plancher de la bouche, tantôt elles occupent les parties latérales et se font, soit au niveau des gencives, soit au niveau des joues. Dans une observation fort intéressante rapportée par Sédillot, l'ankyloglosse fut créé par le chirurgien lui-même. Une plaie par arme à feu de la région sus-hyoïdienne avait amené une telle tuméfaction de la langue que le malade était menacé de suffocation. Pour éviter ce danger, la langue fut attirée au dehors à travers la plaie de la région sus-hyoïdienne, mais elle y contracta des adhérences, et le malade guérit avec cette hernie de la langue, qu'on fut obligé de traiter plus tard par la dissection des adhérences et la suture de la plaie sus-hyoïdienne.

En général, les adhérences accidentelles sont assez lâches pour qu'on puisse passer au-dessous d'elles une sonde cannelée et en pratiquer aisément la section.

b. Ankyloglosse congénital. — L'adhérence congénitale de la langue peut se produire, soit avec la voûte palatine, soit avec le plancher de la bouche. L'adhérence avec la voûte palatine, ou ankyloglosse supérieur, est extrêmement rare. Elle consiste dans l'application exacte de la langue contre le palais, auquel elle est reliée par

des adhérences assez molles pour qu'on puisse aisément les détruire, soit avec le doigt, soit avec le manche d'une spatule.

Les adhérences au niveau de la face inférieure peuvent exister dans tous les points de cette face, ou seulement sur la ligne médiane dans le point répondant au frein de la langue. Un cas d'adhérence complète de la langue au plancher de la bouche est rapporté par M. Bouisson. La langue semblait enclavée dans une dépression du plancher buccal. « Ce vice de conformation, dit M. Bouisson, empêche la succion et l'allaitement naturel; il peut même gêner beaucoup la déglutition, et, si l'on n'y remédie, l'enfant est exposé à périr d'asphyxie par le passage des liquides dans le larynx et la trachée. » Sernin (de Narbonne) a observé un cas semblable, dans lequel la langue était fixée, dans toute sa largeur, à la mâchoire inférieure, n'ayant de libre, de l'adhérence au bout de la pointe, qu'environ deux lignes de longueur. Les adhérences anormales purent aisément être détruites avec le bistouri. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Enfin, en 1885, M. Duploux (de Rochefort) a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une petite fille de deux mois et demi qui, en même temps qu'une ectromélie de la main droite, présentait une adhérence totale de la langue au plancher de la bouche. La succion étant impossible, la nutrition de l'enfant ne se faisait qu'avec la plus grande difficulté. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Trélat rappela qu'il avait pu, dans un cas analogue, libérer la langue en incisant ses adhérences sur les parties latérales et les détruisant ensuite avec la sonde cannelée. Dans un autre cas, M. Lucas-Championnière s'est contenté de libérer seulement la pointe de l'organe, de façon à rendre possible la succion.

Si les faits d'adhérence totale de la langue au plancher de la bouche sont exceptionnels, il n'en est pas de même de ceux dans lesquels il y a adhérence sur la ligne médiane, constituant la difformité connue sous le nom de brièveté du filet. Tantôt la langue est accolée au plancher de la bouche par le frein ou filet qui se prolonge jusqu'à son extrémité; tantôt le filet ne se prolonge pas aussi loin en avant, mais il est trop court. Le résultat de cette difformité, c'est l'impossibilité pour l'enfant d'attirer la pointe de la langue au-devant de l'arcade alvéolaire. Il en résulte une gêne dans la succion et dans la déglutition, et, plus tard, dans l'articulation des sons.

On remédie à ces inconvénients par la section du filet. La face

inférieure de la langue est portée en haut et en arrière par la plaque de la sonde cannelée, dont la fente loge le filet qu'il s'agit de sectionner. A l'aide de ciseaux mousses dont la pointe est tournée en bas, le filet est sectionné dans une étendue de 3 à 4 millimètres. Cette petite opération, très simple en général, a pu cependant parfois donner naissance à des complications. La section des artères et des veines ranines a déterminé des hémorrhagies qui sont entretenues par des mouvements de succion exercés par l'enfant, et qui, dans un cas cité par Bouisson, ont entraîné la mort. La cautérisation du vaisseau avec le crayon de nitrate d'argent ou avec le fer rouge serait le meilleur moyen à employer en pareil cas.

Un autre accident de la section du filet, c'est le renversement de la langue vers le pharynx, sur lequel a insisté J.-L. Petit. Il en avait observé trois exemples, et dans l'un d'eux, la mort survint par asphyxie. La cause de cet accident serait dans les efforts de succion exercés par l'enfant. En pareil cas, il faudrait se hâter de porter le doigt dans la bouche et de ramener la langue en avant pour éviter la suffocation.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Constituant la limite entre la cavité buccale et la région cervicale, le plancher de la bouche est une région intermédiaire. Tout ce qui a trait aux lésions traumatiques et inflammatoires de cette région sera renvoyé à l'étude des maladies du cou. Nous traiterons seulement ici des maladies des glandes sous-maxillaire et sublinguale et de certaines tumeurs qui, comme les kystes hydatiques, les kystes dermoïdes et les lipomes, proéminent plutôt du côté du plancher de la bouche que vers la région sus-hyoïdienne.

1^o CORPS ÉTRANGERS DU CANAL DE WHARTON

Les corps étrangers du canal de Wharton sont fort rares. Dans un mémoire publié par les *Archives de médecine* en 1874, le docteur Claudot n'en rapporte que trois exemples. L'un d'eux, appartenant à