

Il arrive parfois que l'inflammation, partie du périoste alvéolo-dentaire et de la gencive, se propage plus loin, jusqu'à la fosse canine pour la mâchoire supérieure, les côtés du menton pour la mâchoire inférieure. Les abcès qui en résultent ont une marche lente; quand ils ont été ouverts, ils dégènèrent en fistule par laquelle l'introduction d'un stylet fait reconnaître une petite portion osseuse dénudée. Des injections irritantes par la fistule et l'arrachement de la dent malade triomphent de cette affection.

Enfin, dans quelques cas, les ganglions parotidiens, ceux de la région sus-hyoïdienne s'enflamment, et il s'y forme des abcès à répétition qui ne cessent qu'après l'avulsion de la dent altérée.

**ÉPULIS.** On désigne sous ce nom des tumeurs solides, plus ou moins vasculaires et consistantes, qui naissent aux dépens des gencives et du périoste subjacent et sont formées d'un tissu de nature variable.

**Anatomie pathologique.** Ces productions morbides s'implantent sur la gencive antérieure, sur la postérieure, sur le bord des gencives, entre deux dents, ou à la place occupée par ces ostéides quand ils manquent; parfois dans l'intérieur d'une alvéole ou encore sur le bord alvéolaire de la mâchoire. Dans tous les cas, la tumeur naît à la fois aux dépens de la muqueuse et du périoste. L'affection est plus commune à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Le plus souvent la tumeur se continue avec la gencive par une large base; parfois elle présente un étranglement en forme de pédicule. Elle est constituée par une trame molle, cellulo-fibreuse, parcourue de vaisseaux sanguins; ceux-ci prennent parfois un développement assez considérable pour que la coupe de la tumeur ressemble à une production érectile.

Examinée au microscope, on y trouve des éléments *fibro-plastiques*; mais ces recherches n'ont pas été assez nombreuses jusqu'ici pour affirmer qu'on n'y rencontrera pas d'autres tissus pathologiques, tels que des cellules épithéliales, des culs-de-sac glandulaires, des myéloplaxes. Ce qui paraît plus certain, c'est que le véritable tissu cancéreux y est très-rare.

**Symptômes.** L'épulis se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, le plus souvent lisse à la surface, rarement bosselée, d'un volume variable, mais qui dépasse rarement celui d'une noix. Cette tumeur se porte vers les lèvres quand elle prend origine sur la face antérieure de la gencive, vers la cavité buccale lorsqu'elle naît sur la face postérieure de la gencive. Elle est généralement indolente, à moins qu'elle ne soit soumise à une pression brusque, ainsi que cela arrive parfois dans l'acte de la mastication. La muqueuse qui la recouvre ne s'ulcère pas. Lorsque la tumeur naît aux dépens de la face antérieure ou postérieure de la gencive, ou encore dans un espace interdentaire, les dents demeurent intactes; ces ostéides sont au contraire ébranlés et finissent par tomber, lorsque la production morbide a pris naissance sur le périoste alvéolo-dentaire. La santé générale reste bonne; les ganglions lymphatiques du voisinage ne s'enorgorgent pas. Lorsque la tumeur reçoit une grande quantité de vaisseaux,

elle est animée parfois de battements isochrones aux pulsations du cœur; elle saigne plus ou moins abondamment lorsqu'elle est excoriée. Cette variété d'épulis a été appelée *pulsatile*.

Le pronostic n'est pas grave, parce que la tumeur ne récidive pas lorsqu'elle a été complètement enlevée, elle et son point d'implantation; que cette affection diffère du vrai cancer non-seulement par le dernier caractère que nous venons d'indiquer, mais encore par la tendance peu marquée ou nulle à l'ulcération, et l'absence d'infection des ganglions lymphatiques du voisinage.

**Traitement.** Le seul rationnel est l'ablation ou la destruction de la tumeur.

Lorsqu'on juge convenable d'enlever la tumeur par l'instrument tranchant, il faut emporter non-seulement la production morbide, mais encore la portion osseuse qui la supporte. Pour arriver à ce but, on se sert d'une *pince coupante* spéciale, appelée *triquoise*. Il est nécessaire de faire au préalable l'arrachement des dents qui gêneraient la manœuvre de l'instrument. Si le malade refuse de sacrifier les dents, il faut renoncer à extirper la tumeur et la détruire sur place avec le cautère actuel. Toutefois, comme cette destruction exige un grand nombre d'applications du fer rouge, il est préférable d'enlever d'abord, avec de forts ciseaux ou un bistouri à lame résistante, tout ce qu'on peut emporter, et de cautériser ensuite la surface saignante. Il n'est pas inutile de faire observer que la destruction de la gencive fera tomber plus tard une ou plusieurs dents. Dans tous les cas où on emploie la cautérisation, on prendra toutes les précautions pour éviter l'action du cautère sur les parties voisines, notamment sur la face interne des joues, en protégeant celles-ci avec une plaqué de bois.

## SECTION XXVIII

### MALADIES DE LA LANGUE.

#### CHAPITRE I.

##### ANOMALIES DE LA LANGUE.

**ABSENCE DE LA LANGUE.** Les cas de ce genre sont très-rares. De Jussieu cite une fille de quinze ans venue au monde sans langue. Il n'y avait à la place de l'organe qu'une petite éminence en forme de mamelon, saillante de quelques millimètres. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que la jeune fille parlait distinctement, percevait très-bien les saveurs, et

que la déglutition des aliments solides et même des boissons se faisait sans trop de difficulté. D'autres fois, c'est à la suite de blessures, de gangrène, que la langue se trouve réduite à des dimensions exigües. Alors c'est la portion libre de l'organe qui fait seule défaut; la base existe toujours. Dans ces divers cas, il existe une dépression de la région constituant le plancher buccal; sur le milieu de ce plancher se dessinent deux corps oblongs, mobiles, comparés à des cuisses de grenouilles et dus à la saillie des muscles génioglosses (Louis); les dents de la mâchoire inférieure sont légèrement déviées en dedans; la voûte palatine est moins concave et plus abaissée que dans l'état normal, lorsque l'absence de la langue est congénitale ou que la mutilation remonte à l'enfance. La prononciation et la déglutition sont plus ou moins gênées, mais non abolies. On a aussi rapporté des cas où une seule des moitiés de la langue manquait (Chollet).

**BIFIDITÉ DE LA LANGUE.** C'est une anomalie très-rare. Chez un monstre disséqué par Pigné, il existait deux langues latérales pourvues de deux freins réunis sur la ligne médiane en un tronc court et résistant. Parise (de Lille) a observé un enfant, âgé de quinze jours, chez lequel le maxillaire inférieur était divisé : la langue présentait, sur la ligne médiane, une fente profonde à la pointe et devenant de plus en plus superficielle à mesure qu'elle se rapprochait de la base de l'organe; elle s'arrêtait à la naissance du repli glosso-épiglottique médian.

**ADHÉRENCES ANORMALES. ANKYLOGLOSSE.** Ces adhérences sont congénitales ou accidentelles. Elles présentent des variétés d'après leur étendue et leur siège : le plus communément, les adhérences existent sur la ligne médiane de la face inférieure de la langue, et alors le vice de conformation est connu sous le nom de *filet*. Ou bien les adhérences comprennent tous les points de la face inférieure de la langue (*ankyloglosse*). Quelquefois les parties latérales de la langue adhèrent seules aux joues; bien plus rarement il y a réunion anormale de la face supérieure de la langue et du palais.

**1° FILET.** C'est un vice de conformation qui n'est pas rare chez les nouveau-nés. Le frein est trop court en hauteur et se prolonge trop en avant vers la pointe de la langue. Il résulte de cette disposition que les mouvements de l'organe sont limités en haut et en avant, d'où la difficulté d'exercer la succion sur le mamelon de la nourrice. Il importe de se rappeler que la difficulté de teter peut tenir à d'autres circonstances qu'au filet, et que, avant de pratiquer l'opération qui sera mentionnée plus loin, il faut chercher à reconnaître le vice de conformation de la langue. Pour cela, après avoir couché l'enfant en travers sur les genoux et fait fixer la tête, on ouvre la bouche. Si la pointe de la langue reste derrière l'arcade alvéolaire pendant que l'enfant crie; si, avec le doigt, on constate que le frein présente plus de consistance qu'à l'état normal; si le doigt porté dans la bouche de l'enfant n'est pas soumis à une forte succion, parce que la pointe de la langue ne peut pas s'appliquer sur ce doigt, le diagnostic n'offre plus d'hésitation.

L'indication à remplir est de pratiquer la section du frein : l'enfant étant placé comme pour l'examen précédent, on engage le frein dans la rainure que présente la plaque de la sonde cannelée, avec laquelle on soulève la face inférieure de la langue. Avec des ciseaux mousses, on divise le frein d'un seul coup, en ayant soin de diriger la pointe de l'instrument en bas. Après cette section, les mouvements incessants de la langue s'opposent à l'adhésion des lèvres de la plaie. On a signalé la possibilité de deux accidents consécutifs à l'opération : la lésion des artères et des veines ranines, qui donne lieu à l'hémorragie; le renversement de la langue en arrière pouvant occasionner la suffocation (J.-L. Petit). On combat l'hémorragie par l'attouchement de la blessure vasculaire soit avec la pierre infernale, soit avec un stylet chauffé à blanc, ou bien par la compression au moyen d'un appareil spécial (J.-L. Petit), ou encore par la suture entrecoupée pratiquée sur la plaie vasculaire (Malgaigne). Si la langue se renversait en arrière, on ramènerait l'organe en avant et on le maintiendrait dans cette position avec les doigts ou un bandage.

**2° FUSION ENTRE LA FACE INFÉRIEURE DE LA LANGUE ET LE PLANCHER BUCCAL.** C'est une anomalie très-rare; congénitale parfois, elle peut aussi être la conséquence de blessures de toutes sortes de la langue et du plancher buccal; on l'a observée à la suite d'ulcérations, notamment de celles de la stomatite mercurielle. Il en résulte des troubles plus ou moins graves de diverses fonctions de l'organe : la succion et l'allaitement sont empêchés, la déglutition est difficile, etc. Pour remédier à cet état, il faut, après avoir saisi la langue avec des pinces érigées et l'avoir fait soulever par des aides, couper les adhérences avec des ciseaux recourbés à l'extrémité. En cas d'hémorragie consécutive, on exerce une compression méthodique sur les surfaces cruentes avec des tampons de charpie imbibés d'une solution de perchlorure de fer. La difficulté est de prévenir la cicatrisation des lèvres de la plaie et, par conséquent, la récurrence des adhérences; pour y arriver, on passe tous les jours au-dessous de la langue un stylet, afin de détruire les adhérences et d'obtenir une cicatrisation isolée des lèvres de la plaie.

On a aussi noté des cas d'*ankyloglosse supérieur*, c'est-à-dire une adhérence de la langue contre le palais, auquel elle semble collée. Il a suffi, dans ces cas, du doigt ou du manche d'une spatule pour détacher les adhérences.

**PROCIDENCE DE LANGUE.** On l'appelle aussi *prolongement chronique, développement trop considérable et chute* de la langue, *hypertrophie* de la langue, *langue de veau, langue pendante, macroglosse*. C'est un vice de conformation qui consiste dans la saillie hors de la bouche de la langue, sans qu'il soit nécessaire que l'organe ait augmenté préalablement de volume.

**Causes.** Elles sont obscures : lorsque le prolapsus se développe consécutivement à l'hypertrophie, on comprend que la saillie de la langue hors de la bouche est la conséquence d'une cause mécanique; mais quand la procidence précède l'hypertrophie, on a invoqué d'autres conditions : les con-