

vulsions de l'enfance à l'époque de la dentition, l'habitude vicieuse de se mordre la langue et de la tenir allongée, la contracture des fibres musculaires qui attirent la langue en avant, ou la paralysie des fibres musculaires qui portent la langue en arrière et la retiennent dans la bouche. La maladie existe quelquefois à la naissance, ou bien elle se développe après quelques années seulement.

Anatomie pathologique. Il résulte des observations de Bouisson, Paget, Sédillot, que l'hypertrophie porte principalement sur le tissu musculaire. Weber (de Bonn) a noté, dans un cas à marche très-rapide, la formation de nouveaux faisceaux musculaires striés. Virchow et Billroth ont signalé, dans d'autres cas, la ressemblance du tissu de la langue avec un tissu cartilagineux, qu'ils regardent comme produit par une *ectasie* des vaisseaux lymphatiques.

Symptômes. Lorsque l'affection se montre peu de temps après la naissance, on constate souvent que, dans la première période, la langue a augmenté de volume, mais qu'elle reste dans la bouche et que l'enfant peut têter. Plus tard survient la difficulté de parler, surtout de prononcer les consonnes linguales. Harris a signalé un cas dans lequel des douleurs vives ont précédé la sortie de la langue hors de la bouche. Lorsque la procidence est accomplie, la pointe et la partie antérieure du corps de la langue forment, au-devant de l'orifice buccal, une masse arrondie ou aplatie qui tombe verticalement au-devant du menton. L'accroissement de volume de la portion de langue prolabée empêche de faire rentrer l'organe dans la bouche. La surface de la tumeur présente un aspect variable : tantôt elle est rosée et grisâtre, tantôt d'un rouge vif, ce qui indique que l'épithélium a disparu ; quelquefois elle est recouverte de croûtes, ce qui est dû à ce que les mucosités se sont desséchées. Chez beaucoup de sujets, on a noté une hypertrophie de toutes les papilles de la face supérieure de la langue. Un sillon transversal, moins profond à la face supérieure qu'à l'inférieure, sépare la portion extérieure de celle qui est restée dans la bouche. A cette époque, il existe déjà des troubles fonctionnels très-marqués : il y a écoulement de salive, d'où sécheresse de la gorge, qui contribue, avec la perte des mouvements de la langue pendant l'acte de la déglutition, à rendre celle-ci difficile ; la parole est gênée. En général, il n'y a pas de douleurs et la santé générale reste satisfaisante, tant que le sujet peut se nourrir malgré les difficultés de la mastication et de la déglutition.

A une période plus avancée, si la portion extrabuccale de la langue continue à s'accroître, les incisives inférieures, incessamment repoussées en avant par la tumeur, finissent par être ébranlées ; elles peuvent être atteintes de carie ou s'user par une action mécanique ; alors la mastication s'exerce avec les dents molaires seulement. Le bord libre de la mâchoire, arrêté dans son développement, est repoussé en avant et tend à devenir horizontal ; à un moment donné, il représente avec les incisives une gouttière sur laquelle repose la langue. Il résulte de cette déformation, qu'après l'ablation de la tumeur linguale les arcades dentaires n'arrivent plus au contact. Une autre conséquence de l'interposition de la langue aux arcades

dentaires, c'est que les grosses molaires supérieures et inférieures, n'étant plus soumises à une compression réciproque, prennent une longueur exagérée ; que la lèvre inférieure est renversée, parfois excoriée et même ulcérée. La portion prolabée de la langue peut acquérir le volume du poing ; la compression à laquelle elle est soumise au niveau des arcades dentaires détermine la stase des liquides, d'où la consistance œdémateuse du tissu propre de l'organe, ou bien encore un gonflement variqueux des vaisseaux de la face inférieure. Dans certains cas, la langue est déchirée et ulcérée profondément par les dents correspondantes. La portion extrabuccale entraîne avec elle l'os hyoïde et le larynx, qui sont portés en avant et en haut ; les amygdales et les piliers du voile du palais sont aussi entraînés en avant, d'où de nouvelles difficultés pour la déglutition.

Marche. Terminaisons. Abandonnée à elle-même, l'affection fait généralement des progrès et peut entraîner la mort par inanition, peut-être aussi par asphyxie à la suite d'une augmentation de volume de la base de la langue. Après l'enlèvement de la partie prolabée, le sujet peut recouvrer l'exercice des diverses fonctions auxquelles la langue contribue, mais souvent il reste une difformité de la face due à la déviation ou à l'arrêt de développement des arcades alvéolaires.

Diagnostic. Il n'offre généralement pas de difficultés : on ne confondra pas la procidence de la langue avec la glossite, celle-ci étant une affection à marche aiguë, accompagnée de fièvre et de tout le cortège des affections inflammatoires. Les productions morbides qui se développent dans l'épaisseur de l'organe peuvent bien, en augmentant le volume de la langue, entraîner la sortie hors de la bouche d'une portion de celle-ci, mais alors la palpation de l'organe avec le doigt permet de reconnaître le développement de tissus de nouvelle formation.

Traitement. Au début, on a conseillé de forcer la langue à rentrer dans la cavité buccale, toutes les fois que l'enfant la porte au dehors, en déposant sur l'organe une petite quantité de poivre ou d'alun. On recommande de choisir une nourrice dont les bouts de sein soient longs et gros, afin que l'enfant ne soit pas forcé d'allonger la langue pendant qu'il tette. Un autre artifice propre à provoquer le retrait de la langue, consiste à pousser rapidement le lait dans la bouche du nourrisson avec un biberon. A une période plus avancée, on soumet la langue à des lotions astringentes ; quelques-uns ont même proposé, dès que l'organe augmente de volume, à y pratiquer des scarifications ou même à faire la saignée de la veine ranine. Lassus veut qu'on maintienne la langue dans la bouche en rapprochant les mâchoires avec le bandage en fronde du menton. Si la portion exubérante de la langue ne peut rentrer, on la soumet à une compression méthodique au moyen de quelques tours de lanière d'un tissu de soie plat et élastique (Fretean). Plus tard, tous ces expédients sont insuffisants, et il faut débarrasser le malade de la partie extrabuccale de l'organe. On a employé, pour arriver à ce résultat, la *ligature*, en embrassant chacune des moitiés de la tumeur avec un fil (Mirault) ; c'est une méthode dont l'exécution est longue et à laquelle on a reproché la possibilité d'accidents d'in-

fection putride. L'*excision* de la portion proéminente est plus expéditive; elle peut être faite *transversalement*, ou bien en forme de V à sommet tourné en arrière; ce dernier procédé permet de réunir les lèvres de la plaie immédiatement après l'*excision*, ce qui prévient l'hémorragie. On peut aussi enlever la partie exubérante avec l'*écraseur linéaire*.

Une fois la langue réduite à de plus faibles dimensions, il faut se préoccuper de corriger la difformité de la mâchoire inférieure. Si celle-ci ne peut se rapprocher de la supérieure, à cause de l'accroissement des grosses molaires, on arrache ces dents; si cela tient à ce que les dents et le bord alvéolaire ont été renversés par la pression continue exercée par la tumeur, on use d'un bandage qui exerce sur la mâchoire inférieure une pression méthodique. Quelquefois la lèvre inférieure ne se redresse pas non plus et cela est dû à l'hypertrophie de l'organe: on excise alors une bandelette transversale de la muqueuse qui double la lèvre, et, sous l'influence de la formation du tissu cicatriciel, on obtient le redressement.

Vidal (de Cassis), partant du principe que le prolongement chronique de la langue peut être dû à une contraction des fibres du génioglosse qui portent l'organe en avant, a proposé de pratiquer la section et même la resection de ces fibres.

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA LANGUE.

Les plus communes sont celles qui se font par le rapprochement brusque des mâchoires, pendant que la langue est interposée aux deux os. Cela arrive quelquefois pendant l'acte de la mastication, ou bien en tombant d'une certaine hauteur sur le sol; mais cela est plus commun pendant une attaque d'épilepsie; aussi Boyer recommande-t-il de ne pas négliger la précaution d'interposer des coins aux mâchoires, chez les personnes atteintes de convulsions.

Les blessures par instruments *piquants* sont rares. Brador a constaté, à la suite d'une plaie de ce genre faite par une aiguille à tricoter, une hémorragie qu'il fallut arrêter par l'application du cautère actuel. Les blessures par *armes à feu* donnent lieu à une perte de substance plus ou moins considérable, soit parce qu'elles emportent une portion plus ou moins considérable de la langue, soit parce qu'elles produisent une gangrène consécutive d'une partie de l'organe. Les plaies par *instruments tranchants* sont tantôt une simple fente, tantôt une plaie à lambeau, tantôt encore une solution de continuité avec perte de substance.

Tous les points de la langue peuvent être atteints par les instruments vulnérants; c'est communément la partie antérieure. D'après la remarque de Dupuytren, la base de l'organe peut être atteinte par la région sus-hyoïdienne.

Les blessures par instruments piquants et tranchants guérissent en général promptement. Celles qui sont produites par des armes à feu mettent plus de temps à se cicatrifier et laissent souvent à leur suite une gêne dans les mouvements de l'organe. Celles qui donnent lieu à une perte de substance immédiate ou consécutive de la langue sont suivies de troubles fonctionnels, notamment d'une altération plus ou moins complète de la parole, à laquelle il est possible de remédier par l'usage d'une pièce artificielle modelée sur cette écuelle de bois dont, au rapport d'Ambroise Paré, se servait un paysan qui avait eu une portion de la langue coupée.

Chez les sujets qui se sont souvent mordus la langue pendant les attaques d'épilepsie, il arrive parfois qu'il se forme un sillon profond, creusé par les dents, sur la face supérieure et les bords de l'organe; il en peut résulter de la lenteur dans les mouvements de la langue, une gêne de la circulation veineuse et un gonflement habituel incommode de la portion séparée du reste par l'étranglement. On a proposé de remédier à cet état de choses en enlevant la portion pédiculisée, au moyen de l'*écraseur linéaire*.

Quel que soit le genre de blessure, il faut redouter, comme dans toutes les lésions traumatiques, l'hémorragie et l'inflammation consécutives; l'hémorragie est rare, elle est plus à craindre chez l'enfant en raison des mouvements de succion auxquels il se livre constamment. On la combat par l'application de fragments de glace ou de liquides styptiques, la compression directe de la plaie avec l'index et le pouce appliqués sur la face supérieure et inférieure de la langue, compression que le malade lui-même peut exécuter; la ligature des vaisseaux lésés offre de grandes difficultés; un tampon de charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer qu'on maintient sur la blessure ne convient que chez les adultes, et on pourrait y ajouter la compression momentanée des deux carotides primitives, afin de modérer l'afflux du sang dans la langue et de favoriser la coagulation du liquide qui s'échappe par les vaisseaux divisés. La cautérisation de la plaie avec un stylet chauffé à blanc a donné de bons résultats.

L'inflammation consécutive est plus commune, surtout après les blessures par armes à feu; elle produit un gonflement de la langue avec salivation plus ou moins abondante. On la combat par les antiphlogistiques, les gargarismes émollients.

Les indications immédiates à remplir dans les blessures de la langue non compliquées d'accidents sont simples: si c'est une plaie par instrument tranchant accompagnée d'un lambeau plus ou moins étendu, on fixe ce dernier par une suture à points séparés. En cas de blessures par armes à feu, on excise les portions très-contuses et on tente une réunion des lèvres de la solution de continuité. Boyer recommande aussi la suture simple, dans les cas où il existe une plaie avec perte de substance, afin de hâter la cicatrisation.