

(c) Les *ulcérations tertiaires* succèdent aux tumeurs gommeuses. Elles sont caractérisées par un aspect grisâtre, un fond creux, une base et un contour indurés. Elles ressemblent aux chancres primitifs, dont elles diffèrent par l'absence, dans le plus grand nombre des cas, de l'adénopathie indolente sous-maxillaire et la multiplicité des ulcérations tertiaires. On les distingue des ulcérations de la langue par cause locale, en ayant égard aux caractères énoncés précédemment.

Le traitement des ulcères syphilitiques de la langue est général et local. Pour les chancres primitifs et les ulcérations secondaires, on administre les mercuriaux; pour les ulcérations tertiaires, c'est l'iodure de potassium. En même temps on prescrit des collutoires émollients et détersifs.

CHAPITRE VII.

TUMEURS DE LA LANGUE.

1° **TUMEURS SYPHILITIQUES.** Ce sont quelquefois de simples élevures de la surface de la langue plutôt que des tumeurs véritables, appartenant au groupe des plaques muqueuses: elles se présentent sous forme de taches grisâtres, arrondies ou allongées, occupant de préférence les bords et la face inférieure de l'organe, plus rapprochées de la pointe que de la base. Habituellement recouvertes d'épithélium, elles sont parfois excoriées et de coloration rosée. On juge de leur nature, à leur couleur grisâtre, leur situation superficielle, leur multiplicité, la coexistence d'autres plaques semblables et plus larges sur la face interne des lèvres, des joues et des amygdales, et de manifestations syphilitiques secondaires sur d'autres points du corps.

Les véritables *tumeurs syphilitiques* de la langue appartiennent aux accidents *tertiaires* de la syphilis. Les hommes en sont plus souvent affectés que les femmes. Les unes sont superficielles, les autres profondes. Les premières, tantôt solitaires et médianes, tantôt multiples et bilatérales, se développent sous la muqueuse de la face supérieure de la langue, avec laquelle elles sont intimement unies. Elles naissent dans le derme lingual ou dans le muscle lingual superficiel. Les secondes se forment dans l'épaisseur des fibres musculaires de l'organe, et se présentent sous la forme de noyaux durs, de la grosseur d'une noisette, en général multiples, plus ou moins rapprochés de la face supérieure ou de la face inférieure de la langue. Elles s'avancent des parties profondes vers la surface et finissent par s'ulcérer; leur présence détermine toujours une certaine irritation de voisinage qui se traduit par une glossite partielle. L'ulcération une fois formée persiste plus ou moins longtemps jusqu'à l'expulsion du produit morbide. Les malades ont des troubles de la prononciation et de la mastication en rapport avec l'augmentation de volume de la langue. L'engor-

gement ganglionnaire de la région sous-maxillaire n'est pas constant.

Le diagnostic offre des difficultés: (a) avant la période d'ulcération, il est possible de confondre les productions syphilitiques de la langue, soit avec une hypertrophie partielle de l'organe, soit avec une tumeur fibreuse, soit avec une production cancéreuse. C'est par l'examen des commémoratifs, des symptômes concomitants, de la marche ultérieure de l'affection, et au besoin par un traitement spécifique qu'on arrive à déterminer la nature du mal. (b) A une période plus avancée, il est encore possible de confondre les ulcères syphilitiques de la langue avec des ulcérations cancéreuses ou des ulcérations causées et entretenues par l'action d'une dent mauvaise. Dans ce cas, un traitement explorateur par l'iodure de potassium est encore souvent nécessaire pour préciser le diagnostic.

Le pronostic n'est pas grave quand la nature de l'affection est reconnue. Celles de ces productions morbides qui occupent la surface de la langue sont plus rebelles que celles qui siègent dans l'épaisseur de l'organe.

Le traitement est conforme à celui des autres accidents tertiaires de la syphilis: administration de l'iodure de potassium à l'intérieur; frictions sur la langue avec le chlorure d'or; dans les cas rebelles, Bouisson vante les effets de la liqueur de Donovan (iodo-arsénite de potasse), à la dose de 4 à 20 gouttes par jour, matin et soir.

2° **KYSTES.** Il en est de diverses espèces: on a rencontré, mais très-rarement, des *kystes pileux* et des *kystes hydatiques*, plus communément des *kystes séreux* et des *kystes muqueux*.

Les *kystes séreux* naissent aux dépens du tissu conjonctif de la langue. Ils renferment un liquide clair, transparent, dans lequel on découvre au microscope des cellules rondes, pâles et des granulations moléculaires. Les parois de la poche sont tantôt très-épaisses, tantôt très-minces; la surface interne du kyste est tapissée d'une couche mince d'épithélium.

Les *kystes muqueux* se montrent sur les divers points de la langue, plus souvent du côté de la surface que dans la profondeur. Il y a tout lieu d'admettre qu'ils se forment aux dépens des follicules glandulaires de l'organe. Ils renferment un liquide transparent, visqueux, ressemblant à du blanc d'œuf et analogue à celui qu'on trouve dans la grenouillette, d'où le nom de *grenouillette linguale* donné à ce genre de kyste. Le liquide contient de grandes cellules rondes, pâles, ou des cellules granuleuses résultant d'une transformation graisseuse, des corpuscules sanguins et des cristaux de cholestérine. Les parois du kyste sont épaisses.

Les causes sont obscures: notons que, dans un cas observé par P. Du Bois, le kyste, de nature séreuse, était *congénital*.

Les kystes de la langue se présentent, sous la forme de tumeurs arrondies, mollasses, plus ou moins élastiques, indolentes, à fluctuation obscure, ce qui peut les faire confondre, surtout quand ils sont recouverts d'une portion épaisse de tissu lingual, avec des tumeurs solides. Une *ponction exploratrice* est souvent nécessaire pour déterminer la nature de l'affection.

Le traitement est subordonné au genre de kyste: dans les *kystes séreux*,

une ponction suivie d'une injection irritante suffit le plus souvent. Si ce moyen échoue, on a recours à l'incision de la poche avec un pansement à plat, c'est-à-dire l'introduction journalière de quelques brins de charpie; ou à la cautérisation journalière de la petite cavité, pour obtenir une cicatrisation du fond vers la surface. Ce dernier traitement nous paraît applicable aux kystes muqueux, en faisant au préalable une perte de substance aux dépens de la paroi superficielle de la poche.

3° TUMEURS VASCULAIRES. Il en est de trois espèces : l'anévrisme faux primitif ou diffus, l'anévrisme circonscrit et les tumeurs érectiles.

(A) ANÉVRYSME FAUX PRIMITIF OU DIFFUS. Un fait de ce genre a été observé par Maisonneuve, à la suite d'une blessure par arme à feu de la base de la langue; l'une des artères linguales avait été entamée, et le sang, en s'infiltrant au milieu des tissus, avait doublé le volume de la langue.

L'anévrisme diffus de la langue se présente sous la forme d'une tumeur indolente, à limites mal circonscrites, sans fluctuation manifeste ni battements, donnant au doigt une sensation de frémissement léger. La tumeur se développe très-rapidement, si la blessure est profonde et faite par un instrument tranchant; plus lentement en cas de blessure par arme à feu.

Les conséquences varient : quelquefois l'hémorragie continue pendant un certain temps, une portion du sang est avalée, pendant que l'autre s'écoule au dehors. Dans d'autres cas, l'hémorragie cesse promptement et le sang infiltré dans la langue se collectionne pour se convertir en anévrisme faux consécutif. Ou bien encore l'épanchement sanguin s'enflamme, suppure, et il en résulte alors toutes les conséquences graves des abcès sanguins.

La première indication à remplir est d'arrêter l'hémorragie. La compression *directe* du vaisseau lésé offre de sérieuses difficultés. Dans un cas rapporté par Pasturel, celui-ci tenta avec succès une compression *médiante*, au moyen d'un fil métallique double porté à travers toute l'épaisseur de la langue, en arrière de la plaie, et serré à droite et à gauche de l'organe. Lorsque la blessure est superficielle et qu'on découvre la source de l'hémorragie, on porte sur ce point une aiguille chauffée à blanc. La ligature du vaisseau divisé est difficile; on pourrait la tenter, en saisissant au moyen d'un ténaculum les parties molles qui l'entourent. Enfin, dans les hémorragies rebelles, il reste la ressource de la ligature de l'artère linguale dans la région sus-hyoïdienne.

L'inflammation consécutive est combattue par les moyens énoncés p. 369.

(B) ANÉVRYSME CIRCONSCRIT. Il se forme parfois à la suite d'un anévrisme faux primitif, ou bien il se développe spontanément, ainsi que cela a été observé par B. Collomb (de Lyon). Dans ce cas, la tumeur occupait la partie moyenne et supérieure de la langue; elle était grosse comme une petite noisette, pulsatile, augmentant de volume pendant les efforts.

La constriction de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur par une double ligature *médiante*, suivie de l'évacuation du sang renfermé dans le sac anévrysmal, a réussi à Collomb.

4° TUMEURS ÉRECTILES. Elles se développent primitivement dans la langue, ou bien sont la conséquence de l'extension d'une production morbide semblable née dans le voisinage. Leur structure varie, et on rencontre les deux espèces que nous avons décrites (t. I, p. 170) sous les noms de *télangiectasie* et *tumeur sanguine caverneuse*. La première se forme dans le tissu cellulaire sous-muqueux; la seconde affecte le même siège, mais prend aussi naissance dans l'épaisseur de la couche musculaire. Les tumeurs *télangiectasiques* sont presque toujours congénitales; les tumeurs *caverneuses* se montrent pendant l'enfance, l'adolescence ou même plus tard. L'une et l'autre sont solitaires ou multiples.

Le diagnostic des tumeurs érectiles est facile, en raison de leur coloration particulière, leur indolence, l'augmentation de volume pendant les efforts, leur réductibilité par la pression, l'écoulement sanguin qu'elles fournissent quand on les pique. Elles diffèrent de l'anévrisme circonscrit, en ce que celui-ci est situé plus profondément, que la muqueuse glisse sur lui et ne présente pas de coloration anormale.

Le traitement est conforme aux données exposées, t. I, p. 172 et suiv.

5° TUMEURS GRAISSEUSES. Elles sont rares; des observations en ont été rapportées par Bastien, Follin, Bouisson, F. Mason. Elles ne sont pas toujours formées exclusivement de tissu graisseux; parfois elles contiennent d'autres produits: ainsi, dans le fait de Bastien, il existait en même temps du tissu fibreux, du tissu cartilagineux et de petits ostéides. Dans l'observation de F. Mason, c'était un réseau fibro-cellulaire contenant un fluide gélatineux jaunâtre avec des cellules nucléées sphéroïdales et beaucoup de globules graisseux.

Les causes sont inconnues; la tumeur peut être congénitale. Le diagnostic est généralement facile, en raison de l'indolence de la tumeur, sa forme arrondie, sa mollesse simulant parfois une fausse fluctuation, la persistance de la coloration normale de la muqueuse qui la recouvre, l'absence de tout retentissement sur le système ganglionnaire voisin.

Les tumeurs graisseuses de la langue ont un accroissement très-lent; elles peuvent atteindre un volume qui apporte de la gêne dans les fonctions de la langue et les expose à être ulcérées par le contact des dents. Le seul traitement rationnel est l'extirpation: celle-ci peut être exécutée avec le bistouri, par la galvano-caustique ou par l'écrasement linéaire.

6° FIBROMES. Ils sont un peu moins rares que les lipômes. On les a rencontrés sur divers points de la langue, ainsi que le témoignent les observations de Notta, A. Richard, Erichsen. Ils sont généralement uniques et se développent plus souvent dans l'âge adulte qu'aux autres époques de la vie. Ce sont des tumeurs globuleuses, parfois bosselées, dures ou élastiques, donnant même dans certains cas une sensation de fausse fluctuation, pouvant acquérir un volume considérable et s'ulcérer. Il est rare que le tissu musculaire voisin participe à la dégénérescence fibroïde et que les ganglions du voisinage s'engorgent. Leur structure microscopique est analogue à ce qui a été indiqué tome I, page 175.