

Le diagnostic offre parfois des difficultés : c'est surtout avec certaines tumeurs cancéreuses et avec les tumeurs syphilitiques que la confusion est possible. On aura égard à la marche de la production morbide; on soumettra le malade à un traitement explorateur par l'iodure de potassium.

Le traitement est conforme à celui du lipôme : extirpation de la tumeur.

7° TUMEURS CANCÉREUSES. On rencontre dans la langue les diverses variétés de cancer : le tissu *squiritheux* s'y développe sous forme de squirrhe circonscrit, soit dans l'épaisseur de la muqueuse, soit dans le tissu cellulaire sous-jacent; ou bien sous forme de squirrhe *diffus*, et alors ce sont tantôt des *plaques* dures, irrégulières et superficielles, tantôt des *masses* très-dures, à limites vagues, envoyant des prolongements au milieu des parties saines. Morel-Lavallée a signalé le cancer *atrophique*, dans lequel le tissu de l'organe est rétracté et la langue considérablement diminuée de volume. L'*encéphaloïde* est plus commun que le squirrhe; il se présente sous forme de noyaux arrondis et enkystés, ou de masses lobulées mal circonscrites, quelquefois infiltrées dans le tissu lingual. Le *cancroïde* est plus fréquent encore que les deux variétés précédentes et se développe dans l'épaisseur de la muqueuse, le plus souvent aux dépens des papilles.

Le *sarcome* a été rencontré, par le docteur Hadden (de New-York), près de la pointe de la langue, chez un enfant nouveau-né. La tumeur était enkystée et appartenait au genre *carcinoma fasciculatum* de Rokitansky.

Causes. Les productions squiritheuses et cancroïdales se développent surtout pendant l'âge adulte, l'encéphaloïde pendant l'enfance. Le sommet et les bords sont plus souvent atteints que les autres parties de la langue. On a attribué une certaine influence à des causes irritantes de tout genre, notamment l'action du tuyau de la pipe, l'usage habituel du tabac à chiquer, la présence de dents cariées.

Symptômes. Ils sont de deux ordres : les uns constituent des signes physiques, les autres des troubles fonctionnels. Les premiers varient suivant la forme du cancer (voy. plus haut); les seconds sont d'autant plus prononcés que la tumeur a pris de l'accroissement, et consistent au début dans une gêne des mouvements de la langue, quelques douleurs rares et fugaces; plus tard, dans une difficulté plus ou moins grande d'accomplir la mastication, la déglutition, la phonation et même la respiration.

Les tumeurs squiritheuses, après être demeurées parfois stationnaires pendant longtemps, prennent un accroissement rapide et contractent des adhérences avec les parties voisines; les ganglions sous-maxillaires se tuméfient et deviennent douloureux. La tumeur se ramollit, la muqueuse se soulève, s'amincit, devient violacée et se vascularise. Une crevasse se forme sur la portion rouge et ramollie; une partie de la production morbide se mortifie et est éliminée par fragments. Alors se développe une ulcération profonde, irrégulière qui se recouvre parfois de fongosités mollasses. Plus tard, les ganglions sous-maxillaires se ramollissent et s'ulcèrent; la langue, déformée et dégénérée, contracte des adhérences avec les parties environnantes, et le malade présente tous les signes de la ca-

chexie cancéreuse. La mort est hâtée par l'intoxication putride, en raison de cette circonstance que le pus sécrété par l'ulcération cancéreuse est avalé avec la salive et les quelques aliments qui peuvent encore être pris.

Les tumeurs encéphaloïdes de la langue acquièrent un plus grand volume que les tumeurs squiritheuses; arrivées à la période d'ulcération, elles produisent souvent des hémorragies abondantes qui contribuent à épuiser le malade. D'après Billroth, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires est plus tardif que dans les autres variétés de cancer.

Le cancroïde est caractérisé par une tumeur qui se développe dans l'épaisseur de la muqueuse, et dont le sommet s'ulcère au bout d'un certain temps; alors existe ou bien une crevasse plus ou moins étendue, résultant d'une sorte de gangrène moléculaire superficielle du tissu malade, ou bien une vaste excavation fongueuse à bords renversés en dehors, fournissant, dans l'un et l'autre cas, une sanie fétide. A une époque avancée, l'infiltration épithéliale se propage au plancher buccal et aux ganglions sous-maxillaires. La cachexie est moins prononcée dans cette forme de cancer que dans les deux autres.

La durée du cancer de la langue varie de six mois à cinq ans (Bouisson). La terminaison fatale est quelquefois hâtée par une asphyxie qui se produit, soit parce qu'une tumeur pédiculée existant à la base de la langue vient s'appliquer contre l'orifice supérieur du larynx, soit parce qu'il se développe un œdème de la glotte.

Diagnostic. Il est difficile, surtout dans la première période. Alors il est possible de confondre les productions cancéreuses avec les tumeurs syphilitiques de la langue ou avec la glossite chronique occasionnée par l'action mécanique d'une dent gâtée. Dans les cas douteux, on a recours à un traitement explorateur par les mercuriaux et l'iodure de potassium, à l'arrachement de la dent cariée. On peut aussi examiner le tissu qui forme la tumeur, en enlevant quelques fragments avec un des instruments indiqués tome I, page 185.

Traitement. Il est curatif ou palliatif. Lorsqu'un cancer de la langue est jugé inopérable, on prescrit, pour prévenir la déglutition de l'ichor sécrété par les ulcérations, des collutoires au chlorate de potasse ou avec une solution d'acide phénique. Pour combattre l'anémie, on conseille l'usage journalier de préparations ferrugineuses, d'une alimentation corroborante, la décoction de *quassia amara*. Les douleurs sont combattues par les narcotiques employés localement et à l'intérieur. On a conseillé dans le même but, et on a réussi, la *section du nerf lingual*, exécutée par Hilton, Moore et Collin. Cette section est pratiquée soit sur le plancher buccal, immédiatement au-dessous de la muqueuse, à côté de la glande sublinguale; soit en arrière, contre la branche montante du maxillaire inférieur.

On a tenté de guérir le cancer de la langue par la *ligature des artères linguales*. Dans quelques tentatives de ce genre faites par Demarquay, la tumeur a diminué manifestement de volume; mais il reste à savoir si la guérison a été réelle, ou si la ligature des artères a seulement ralenti la marche de la production maligne.

L'ablation ou la destruction de la tumeur est le seul traitement rationnel. Si l'opération sanglante n'est indiquée que dans les cas où l'on peut enlever toutes les parties malades, et s'il est de règle de s'abstenir quand la dégénérescence a envahi les piliers du voile du palais et l'isthme du gosier ; quand les ganglions sous-maxillaires déjà envahis ne peuvent eux-mêmes être enlevés ; il est des cas où les moyens chirurgicaux doivent être mis en usage, pour faciliter la déglutition, limiter les surfaces cancéreuses sécrétantes, afin de prolonger la vie du malade.

Les expédients curatifs varient suivant l'étendue de la production morbide ; la tumeur est-elle circonscrite, on en pratique l'ablation, soit en l'énucléant après avoir fait une incision sur la partie saillante, dans les cas où elle est enkystée ; soit en circonscrivant ses limites par deux incisions semi-elliptiques lorsqu'elle adhère aux tissus voisins ; soit en coupant le pédicule d'un seul coup de ciseaux, lorsqu'elle n'adhère au reste de l'organe que par un prolongement étroit ; soit en emportant avec la production morbide une certaine portion de tissus voisins, lorsque la tumeur n'est pas franchement circonscrite. Le danger de l'hémorragie, qui suit la plupart de ces opérations, a porté un certain nombre de chirurgiens à donner la préférence à la ligature de la tumeur au niveau de sa base, ou à sa destruction graduelle par des caustiques ou le cautère actuel. Dans les cas où la dégénérescence cancéreuse est plus étendue, il faut enlever une partie ou même la totalité de la langue par l'une des méthodes suivantes :

I. Amputation de la langue. On l'exécute de plusieurs manières, suivant que le mal est borné à la partie antérieure ou s'est étendu jusqu'à la base de l'organe.

(a) Le procédé de Louis consiste à séparer la partie malade de la partie saine, au moyen d'une incision transversale comprenant toute l'épaisseur de l'organe. Pour fixer la langue pendant cette manœuvre, on emploie les pinces de Museux, ou bien on traverse la pointe de l'organe avec un fil.

(b) Le procédé de Boyer n'est applicable qu'aux tumeurs cancéreuses qui se développent dans l'épaisseur de la partie antérieure de la langue, en laissant les bords sains. La langue étant fixée, comme nous l'avons dit, on pratique aux limites du mal deux incisions formant ensemble un V dont le sommet est tourné en arrière. Après l'ablation et la ligature des vaisseaux, on réunit les deux lambeaux latéraux par la suture.

(c) Dans quelques cas où la production morbide occupe l'épaisseur de la langue et où les parties confinant à la face supérieure et à la face inférieure de l'organe sont saines, on peut mettre en usage le procédé de Pasturel, consistant à tailler aux dépens de l'épaisseur de l'organe un coin à base antérieure, en laissant intactes les parties molles de la face supérieure. On a ainsi deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui arrivent naturellement au contact.

(d) PROCÉDÉ DE REGNOLI. On pratique une incision depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde ; une autre incision est dirigée le long du bord inférieur de la mâchoire inférieure ; on dissèque les deux lambeaux, de façon à avoir une large ouverture de la région sus-hyoïdienne. Par

cette brèche, on attire la langue au dehors, et on peut exciser l'organe jusqu'à sa base.

(e) PROCÉDÉ DE SÉDILLOT. SECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (fig. 205). On pratique sur la ligne médiane la section de la lèvre inférieure et des parties molles de la région sus-hyoïdienne jusqu'à l'os hyoïde. On divise ensuite par la scie le milieu du maxillaire inférieur, et pour faciliter la coaptation des fragments osseux après l'opération, on divise l'os par deux traits de scie obliques représentant un triangle (MM, fig. 205) dont la pointe occupe le milieu de l'épaisseur du corps de l'os. Cela permet d'engrener l'angle saillant de l'un des fragments dans l'angle rentrant de l'autre. Après la division du maxillaire, on peut écarter les deux branches de la mâchoire et enlever toutes les portions malades de la langue jusqu'à l'os hyoïde, en attirant l'organe en dehors avec des pinces de Museux (P).

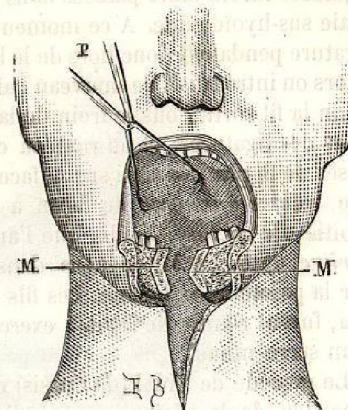


Fig. 205.

Quel que soit le procédé d'amputation, on peut, pour prévenir une hémorragie grave, lier au préalable les artères linguales (Roux).

II. Ligature de la langue. On l'exécute par plusieurs procédés. (a) La ligature à anse proprement dite, consistant à traverser la langue, de part en part, avec un certain nombre de fils doubles, dont on réunit les chefs supérieurs des paires voisines, de façon à former une série d'anses dont les bouts sont engagés dans un serre-nœud avec lequel on augmente graduellement la constriction pour rendre la mortification plus rapide. Les deux fils restants, l'un à droite, l'autre à gauche de la langue, sont destinés à étreindre les bords, en formant des anses latérales. Au lieu de serre-nœuds en nombre correspondant aux anses, ce qui gêne beaucoup le patient, on peut, comme le propose Bouisson, se servir d'un garrot fait avec un morceau de bois, petit et court, qu'on laisse séjourner dans la bouche. Les fils avec lesquels on traverse la langue sont conduits avec des aiguilles courbes ordinaires ou par une aiguille droite en forme de fer de lance, ayant un œil près de la pointe, et montée sur un manche. (b) La ligature combinée avec l'incision, ou procédé de Mayor, applicable au cas où la dégénérescence n'occupe qu'une des moitiés de la langue : celle-ci est saisie et attirée au dehors avec une érigne, traversée de haut en bas et sur la ligne médiane avec un bistouri droit, et coupée d'arrière en avant. Après avoir ainsi divisé la langue en deux moitiés, celle qui est cancéreuse est embrassée par une ligature que l'on serre graduellement au moyen d'un serre-nœud. (c) La ligature par la région sus-hyoïdienne, applicable aux cas où la dégénérescence s'étend jusqu'à la base de la langue et où le fil constrictif ne peut être porté suffisamment loin, en agissant par la bouche. C'est ainsi