

## VINGT-QUATRIÈME LEÇON

### Sur un cas d'angiome de la langue.

Volumineux angiome de la langue chez une jeune femme.  
La tumeur est restée longtemps stationnaire. — Influence du traumatisme sur son accroissement rapide.  
Diagnostic du siège et de la nature de la lésion.  
Utilité d'un traitement rapide. — Discussion sur le choix de la méthode à employer.  
Ablation avec l'écraseur de Chassaignac.  
Note sur le résultat de l'opération.

MESSIEURS,

Je veux aujourd'hui poursuivre l'étude des tumeurs de la langue dont je vous ai, dans les leçons précédentes, présenté des exemples nombreux. La malade que nous allons examiner est entrée récemment dans mon service pour un angiome volumineux développé lentement, mais sur le point de subir des modifications graves.

Après l'examen que j'ai déjà fait à la salle 8, j'ai tenu à ce que le sujet de cette précieuse observation

fût placé sous vos yeux et nous reverrons les divers points qui méritent d'attirer votre attention.

Cette jeune femme a vingt-sept ans; elle se présente à nous sans antécédents morbides; mère de plusieurs enfants très bien portants, elle a toujours eu une santé irréprochable.

Sur toute la moitié gauche de la langue, elle a une tumeur irrégulière, bleuâtre, molle, dont le mode de développement est entouré d'obscurité, mais qui, d'après les renseignements les plus précis que nous ayons pu recueillir, serait congénitale.

Peu nous importe la manière plus ou moins lente dont la tumeur se serait développée: nous savons que, restée très longtemps stationnaire, elle a, dans ces derniers jours, acquis rapidement le volume qu'on lui voit aujourd'hui. Autour d'elle existait un sillon qui s'est effacé par le fait de cet accroissement rapide. Elle a dépassé la ligne médiane et les deux tiers de la langue sont envahis; çà et là, sur la surface, des petits points d'une couleur plus vive, probablement liés à de nouvelles dilatations vasculaires, semblent indiquer cette tendance envahissante.

La tumeur s'étend en arrière jusqu'à un centimètre du V lingual, mais là elle est moins saillante qu'en avant où elle se développe d'une telle façon que les tissus sains semblent une faible partie annexée à son côté droit.

Elle occupe donc tout le côté gauche, depuis la base

jusqu'à la pointe, de la face dorsale jusqu'à la face inférieure. Cependant, si elle ne dépasse pas la ligne médiane en bas, c'est à dire, si elle ne s'avance pas sur le plancher de la bouche, elle occupe en revanche des limites moins étroites dans les autres parties: en haut, elle a déjà franchi la ligne médiane et une grande partie de la pointe a été englobée dans les dilatations vasculaires qui forment, à n'en pas douter, la trame de son tissu.

Regardez encore cette tumeur avec plus d'attention. Toute son étendue vous offre une masse irrégulière, avec des saillies et des dépressions multiples, les unes petites, les autres plus grandes, dont la coloration bleue ne varie pas.

La consistance générale est molle, et sur divers points, principalement au niveau des lobules les plus gros, on perçoit de la fluctuation: divers signes qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

Par le palper, on découvre encore d'autres détails de structure intime: ce sont des noyaux résistants disséminés dans l'épaisseur: l'un d'entre eux, placé tout à fait en avant, a la dureté de la pierre; tous les autres sont loin d'avoir acquis ce degré avancé d'organisation.

Outre ces détails précieux pour le diagnostic, un autre signe d'une importance capitale se retrouve ici manifeste: je veux parler de la réductibilité. — Quand je presse entre mes doigts cette tumeur, vous voyez

qu'elle diminue d'abord, puis s'affaisse, se réduisant en grande partie. Si je l'abandonne, elle revient avec lenteur à ses dimensions normales, reprenant peu à peu sa coloration livide.

Quand la malade fait un effort, un mouvement d'expiration prolongé, le volume grandit encore, la couleur devient plus foncée et la tension augmente. Tout cela se passe sans que vous puissiez découvrir le moindre battement, le plus léger souffle, le plus petit murmure dans ce tissu musculaire où le sang semble circuler dans de vastes anfractuosités.

Complétez cet examen, Messieurs, par l'exploration des régions voisines : vous n'y trouverez rien. La face interne des joues, le plancher de la bouche, les lèvres, les gencives, la voûte palatine et les piliers, ne présentent pas la plus petite tache : ils sont sains dans toute leur étendue.

Enfin la santé générale de cette femme est excellente. La tumeur n'a encore apporté aucun trouble dans les fonctions locales, et les accidents récents dont je devrai bientôt vous entretenir ne se sont pas répétés. Ajoutez que la douleur est nulle et vous comprendrez comment la malade n'a jamais songé à venir demander contre un mal aussi dangereux les secours de la chirurgie.

Mais, il y a trois semaines, pendant un repas, elle ressentit tout-à-coup une douleur vive, bientôt suivie d'un écoulement de sang. Une croûte de pain, un

fragment d'os peut-être, avait déchiré la surface des tissus malades. L'hémorrhagie fut abondante : de onze heures du matin à six heures du soir, maîtrisée à peine, elle se reproduisait à chaque instant. Le tamponnement, joint à de larges applications de perchlorure de fer, put seul l'arrêter enfin.

Je ne saurais trop, Messieurs, vous prier de retenir ce fait important ; à lui seul, il nous trace la conduite obligée que nous allons suivre.

Tels sont les caractères physiques ; quelle est maintenant la nature de cette tumeur ? L'analyse que j'ai faite me permet d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur liquide. Les tumeurs liquides de la langue ne sont pas nombreuses, et pour rejeter bien loin, dès le début de ce diagnostic différentiel, un néoplasme qui pourrait en imposer pour une collection liquide, laissez-moi vous dire qu'il n'existe point ici de lipome lingual. La couleur jaunâtre, la fluctuation fausse qui lui appartiennent s'éloignent singulièrement des caractères que nous avons constatés.

Vis-à-vis des tumeurs liquides, tels que les kystes séreux, les seuls qui méritent de nous arrêter un instant, le doute ne me paraît pas possible. Les kystes, en effet, ne présentent pas cette diffusion ni ce volume. Ils occupent de préférence la base de la langue. Jamais ils ne sont réductibles. Je ne parlerai pas de la coloration qu'ils présentent en général, car, arrivés comme les autres tumeurs à un certain degré de

développement, lorsqu'ils soulèvent la muqueuse, la distendent et l'irritent tout à la fois, ils peuvent à la rigueur offrir une couleur foncée, grâce aux dilatations vasculaires qui se sont peu à peu formées. J'aime mieux m'en tenir absolument au défaut de réductibilité qui distingue d'une manière très nette les tumeurs liquides ou solides de celles que vous avez sous les yeux.

La couleur foncée, veineuse, jointe à cette réductibilité que vous avez tous constatée, constitue un double caractère qui affirme d'abord la nature liquide et la structure vasculaire ensuite.

Si nous sommes en présence d'une tumeur vasculaire, pourquoi ne retrouvons-nous ni battements, ni souffle ? Les tumeurs vasculaires, celles de la langue en particulier, sont de deux ordres : artérielles ou érectiles. Artérielles, elles seront circonscrites ou diffuses, mais toujours elles présenteront les signes de cette variété de lésion : les battements isochrones à ceux du cœur, l'expansion jointe au souffle, le thrill, etc., qui n'existent pas ici. Mais, me direz-vous : certains néoplasmes de mauvaise nature, devenus très vasculaires, peuvent être réductibles et par conséquent présenter certaines difficultés de diagnostic ? Je le veux bien, mais souvenez-vous que ces tumeurs malignes vasculaires sont rares à la langue et que lorsqu'elles se développent, leur réductibilité est toujours accompagnée d'un bruit de souffle plus ou moins

accusé, de telle sorte que bien des raisons nous éloignent dans le cas actuel et des tumeurs artérielles et des tumeurs malignes qui leur ressemblent. Ne savons-nous pas encore que ces néoplasmes malins marchent avec une extrême rapidité et donnent lieu à des troubles fonctionnels considérables ? Loin de là, nous savons que la lésion présentée par notre malade est de date fort ancienne, très probablement congénitale.

Tout nous ramène, vous le voyez, Messieurs, au diagnostic de tumeur érectile, et la couleur livide nous engage à ajouter l'épithète : veineuse.

Ces tumeurs érectiles sont, en effet, les unes rouges, les autres violacées, et il semble qu'on pourrait facilement affirmer qu'il en existe deux sortes : les unes à prédominance de vaisseaux artériels, les autres de structure veineuse. — La distinction clinique se trouve, peut-être, en désaccord avec l'histologie, parce que ces tumeurs sont caractérisées par le développement des capillaires pris en masse et qu'il serait désormais fort difficile de retrouver la part qui revient aux deux ordres de vaisseaux. Si ces tumeurs donnent lieu à des hémorrhagies, c'est du sang rouge qui s'écoule, quelle que soit l'apparence artérielle ou veineuse ; c'est du sang qui présente, en définitive, des caractères mixtes ne révélant pas le sang rutilant des artères, ni le sang noir des veines. Interrogez cette femme, elle vous dira que l'hémorrhagie de ces der-

niers jours donnait du sang rouge comme celui qui s'écoule du nez dans l'épistaxis.

Le développement de ces tumeurs amène la dilatation et la multiplication des vaisseaux capillaires, sur lesquels des sortes de dilatations et d'ampoules ne tardent pas à se former pour aboutir à de véritables lacs sanguins. Il en résulte que les parois de ces vaisseaux dilatés, de ces espaces sanguins, peuvent, sur divers points, s'amincir et se rompre. Le tissu devient alors aréolaire, et représente un peu la structure des corps caverneux. Mais les conditions nouvelles de circulation auxquelles se trouve soumis le sang dans ce même tissu, peuvent avoir des conséquences qui modifieront bientôt l'aspect et la consistance de la tumeur; il se fera des coagulations étendues, pouvant amener la guérison spontanée; plus fréquemment, des dépôts fibrineux isolés, véritables nodules qui, dans la suite, passant par toutes les transformations de la fibrine épanchée dans les tissus, deviendront des phlébolithes dont la dureté, si l'infiltration calcaire les atteint, sera analogue à celle de la pierre. Nous en avons un exemple chez notre malade.

Enfin, Messieurs, les cavités creusées dans le tissu érectile, les lacs sanguins peuvent, à un moment donné, s'isoler et former des kystes hématiques qui, à leur tour, par la résorption de la partie colorée du sang, deviennent des kystes séreux.

Je n'insiste pas sur ces détails d'anatomie patho-

logique qui m'éloigneraient de la clinique pour me conduire bien loin vers la pathologie générale, je veux seulement vous faire comprendre toute ma pensée sur la nature de ces tumeurs qui, à mesure qu'elles vieillissent, offrent les transformations et les complications réunies chez la malade que vous avez étudiée.

En effet, l'hémorrhagie elle-même qui, dans ces derniers jours, a menacé la vie de cette femme, s'explique très bien par l'amincissement des parois vasculaires. Cette tumeur, restée stationnaire pendant longtemps, s'est accrue tout à coup, l'hémorrhagie s'est produite, donnant au pronostic le caractère le plus fâcheux. Ce développement subit ne peut tarder à produire de nouvelles hémorrhagies, et dans tous les cas, nous sommes menacés de voir la tumeur envahir les régions qu'elle a, jusqu'à ce jour, épargnées : les joues, la bouche, toute l'épaisseur de la langue me paraissent sérieusement menacées. Les exemples de cette marche envahissante ne sont que trop fréquents.

Il ne s'agit donc plus d'une tumeur érectile en face de laquelle on peut rester inactif. L'hémorrhagie qui s'est produite témoignait à elle seule d'une gravité spéciale; l'extension de la tumeur menaçant de rendre bientôt inutile toute intervention, nous imposait l'obligation d'agir, car la vie de notre malade est en danger. Il faut à tout prix la débarrasser de cette tumeur.

Quel moyen emploierons-nous, Messieurs? Le grand nombre de procédés indique l'inefficacité de la plupart d'entre eux. Ils peuvent cependant être rangés sous trois chefs : 1° l'extirpation radicale, procédé le plus sûr quand il est applicable; 2° diminuer l'apport du sang par la ligature des artères : mais encore faut-il que les artères de la région participent, dans une mesure sérieuse, à l'accroissement de la lésion, ce qui est loin d'exister dans le cas qui nous est soumis; 3° provoquer une inflammation pour amener une cicatrice profonde qui en se rétractant pourra étouffer le tissu pathologique et par conséquent les vaisseaux qui participent si largement à sa structure. Pour cela, nous avons les injections de perchlorure, la vaccination, l'acupuncture, l'électropuncture. Mais ces moyens-là, efficaces pour les angiomes peu étendus et surtout pour les simples taches, deviennent tout à fait inutiles pour ceux qui sont plus considérables.

Pouvons-nous songer à ces divers moyens aujourd'hui? Je ne le crois pas : la tumeur sur laquelle il faut agir sans délai se compose de vastes lacs sanguins; les muscles, le tissu conjonctif qui, joints à eux, constituent sa trame, sont atrophiés en partie. A quel élément vous adresserez-vous donc pour faire les frais de cette réparation, de ce travail de cicatrice profond dont je vous parlais tout à l'heure? Quel que soit le procédé capable de provoquer l'inflammation, je ne suis pas d'avis de m'y adresser; je le repousse surtout

s'il est basé sur les injections coagulantes. En général, les résultats de ces injections sont mauvais ou médiocres. Ils le seraient à coup sûr chez notre malade, dont les veines ranines dilatées outre mesure constituent un véritable danger : les caillots flottants dans les cavités, peu adhérents aux vaisseaux pourraient se détacher et former des embolies mortelles.

J'ai donc repoussé les divers moyens qui agissent sur les vaisseaux, à distance de la tumeur, et sur le sang contenu dans ces vaisseaux. Que me reste-t-il? Le premier procédé : l'extirpation radicale. C'est elle que je choisis, mais je crois qu'il faut la faire largement : l'exérèse doit ici porter sur les parties éloignées de la tumeur. Après Petit on a, avec raison, répété que dans les parties voisines de l'angiome les vaisseaux sont intacts. Pour vérifier la justesse de cette assertion, il faut prudemment agir en examinant avec soin son malade : il me semble, après un examen consciencieux, que cette vérité s'affirme dans le cas particulier.

Je me servirai de l'écraseur. Après avoir placé les deux chaînes à une distance convenable, je couperai lentement les tissus pour éviter l'hémorrhagie. Agissant ainsi, j'aurai la certitude, Messieurs, d'écarter les divers accidents possibles dans une pareille opération, et surtout celle d'obéir à une indication nettement tracée par les menaces d'un danger prochain auquel

n'échapperait pas cette malade si nous n'agissions pas sans retard.

NOTE. — L'opération pratiquée a été suivie d'un plein succès. Après avoir anesthésié la malade, M. le Pr Lanelongue saisit la langue avec de fortes pinces à forcipressure et l'attire en dehors de la bouche. Après avoir bien vérifié les limites de la tumeur, il passe en arrière un fil double qui servira bientôt à conduire deux chaînes d'écraseurs.

La section avec l'écraseur est lentement conduite; elle emporte la moitié de la langue et il ne s'écoule pas de sang.

Les jours suivants, la cicatrisation est régulière et la malade après quinze jours sort complètement guérie, sans troubles appréciables de la fonction.

Nous croyons devoir donner *in extenso*, à cause de son importance, une note du Dr Suzanne sur l'examen histologique qu'il a fait de la tumeur enlevée.

#### Angiome caverneux de la Langue : Examen microscopique.

par le Dr G. SUZANNE.

Après le durcissement de la tumeur par la gomme et l'alcool, nous en avons pratiqué des coupes minces, qui ont été colorées par l'éosine ou le picro-carminate d'ammoniaque, et leur examen microscopique a révélé la constitution suivante :

La tumeur est formée, dans toute son étendue, par de larges mailles de forme et de volume très variables, qui communiquent toutes les unes avec les autres et qui sont remplies entièrement par des globules sanguins, au milieu desquels on remarque des caillots fébrineux amorphes ou légèrement granuleux en nombre peu considérable. Ces mailles sont séparées et limitées complètement par des cloisons d'épaisseur très inégale qui sont constituées par des fibres du tissu conjonctif réunies en faisceaux, entre lesquels on trouve de nombreuses fibres musculaires striées se présentant par des sections longitudinales et transversales. Vers sa périphérie, la tumeur n'est pas nettement circonscrite, et on voit, dans cette région, que les fibres musculaires deviennent beaucoup plus abondantes. Mais, au lieu d'être placées les unes à côté des autres comme à l'état normal, on constate qu'elles sont dissociées en petits faisceaux, entre lesquels existent de longs intervalles irréguliers qui sont remplis par des globules sanguins.

Dans ces intervalles, le sang se trouve en contact immédiat avec les fibres musculaires et malgré un examen très attentif, on ne trouve interposées entre ces éléments ni tunique endothéliale, ni fibres conjonctives.

Cette particularité paraît d'abord tout-à-fait anormale; mais si l'on se rappelle que, dans les derniers jours qui ont précédé l'opération, la tumeur s'est développée avec une très grande rapidité, on aura tout de suite l'explication de cette singulière disposition.

En effet, sous l'influence des manipulations nombreuses, auxquelles la tumeur avait été soumise pendant les examens multiples subis par la malade, il est probable qu'à la périphérie de la tumeur, des mailles auront été rompues par suite de ces malaxations, et que leur sang, faisant irruption dans les tissus voisins, aura écarté, dissocié les fibres musculaires et produit ainsi de véritables mailles de formation nouvelle.

Ce mode d'accroissement des angiomes n'avait pas encore été signalé; or, sur nos préparations, il apparaît d'une manière trop évidente pour qu'on puisse le révoquer en doute; aussi il vient nous expliquer très clairement le développement soudain et rapide que prennent dans certaines circonstances quelques tumeurs angiomeuses.

Quant au tissu de la langue, il se trouve très notablement altéré. La muqueuse existe dans tous les points à la surface de la tumeur, mais souvent ses cellules superficielles sont devenues cornées et ressemblent tout-à-fait à celles de la couche cornée de l'épiderme; les cellules profondes sont aplaties, fortement serrées les unes contre les autres et parallèles à la surface de la tumeur. Cependant, dans quelques régions très limitées et peu nombreuses, on la retrouve à peu près intacte.

Le derme de la muqueuse est le siège de modifications très accusées. Il est hypertrophié dans toute son étendue et constitué par des faisceaux fibreux très denses, entre-croisés dans tous les sens. Dans la zone superficielle ou papillaire, les papilles ont totalement disparu, ou si elles existent, elles sont réduites à un état tout-à-fait rudimentaire; elles sont alors petites, déformées, globuleuses, de forme et de volume très irréguliers. Dans sa partie profonde, le derme contient un grand nombre de vaisseaux dilatés, gorgés de sang et dépourvus de parois propres; ils ont une structure fibroïde.

Ce fait a une grande importance; il vient en effet nous prouver que la tumeur a pris naissance, non dans les nombreux vaisseaux de la zone papillaire ou dermique, dont les lésions ne sont pas très avancées, mais dans les capillaires profonds de la langue, c'est-à-dire dans les capillaires qui forment le réseau intra-musculaire, car c'est dans la région occupée par ces derniers que la lésion présente son maximum d'intensité.

