

fonds, sessiles ou pédiculés, et dans ce dernier cas affectent la forme polypéuse. Ces néoplasmes, congénitaux ou acquis, prendraient naissance dans le tissu conjonctif et fibreux de l'organe et refouleraient, en se développant, les fibres musculaires, de manière à se rapprocher de la muqueuse dont ils peuvent amener l'ulcération. A la coupe, la tumeur blanche, nacréée, présente tous les caractères des fibromes ordinaires; on y trouve un tissu feutré, dense, parfois disposé en couches concentriques.

On conçoit aisément que la présence de semblables tumeurs, malgré leur indolence, puisse déterminer des troubles fonctionnels variables suivant leur siège, leur volume; les fibromes de la base de la langue gênent la respiration, ceux de la partie antérieure rendent la mastication et la parole plus pénibles. Il est rare de voir ces néoplasmes donner naissance par leur ulcération à des hémorragies graves, comme dans l'observation de POOLEY. L'affection reste stationnaire, jamais les ganglions ne sont intéressés, et l'opinion de DEMARQUAY, qui admet leur transformation en tumeur maligne, ne nous semble pas suffisamment fondée. En raison de leur rareté, les fibromes sont d'un diagnostic difficile; cependant l'absence d'adénopathie les distingue des néoplasmes de mauvaise nature. Leur dureté et leur accroissement très lent, l'absence d'antécédents, l'inefficacité du traitement spécifique, permettront de ne pas les confondre avec les gommés. L'extirpation constitue le meilleur traitement de ces productions qui ne récidivent pas; dans un cas de W. HUNT, rapporté par GROSS, la malade mourut trois jours après la double ligature de la tumeur qui siégeait à la base de la langue.

3° KYSTES

Plusieurs variétés de tumeurs kystiques ont été observées à la langue. Ce sont :

1° *Kystes pileux. Kystes dermoïdes.* — AMATUS LUSITANUS, et plus près de nous LAMBL, ARNOLD, auraient rencontré cette espèce de kystes. Récemment NICAISE (*Soc. de chir.*, 1881, p. 498), a publié un cas de kyste dermoïde de la face inférieure de la langue. Cette tumeur, du volume d'une noisette, se continuait au niveau du raphé avec un cordon très dur qui s'insérait aux apophyses géni. La poche contenait seulement une matière grasse, jaunâtre, homogène. BUCHANAN (*Glasgow Med. Journ.*, t. XVII, 1882), a extirpé un autre kyste dermoïde.

2° *Kystes séreux.* Ils sont congénitaux ou acquis. P. DUBOIS a observé chez un nouveau-né un kyste qui siégeait à la partie inférieure de la langue et gênait la succion; GROSS rapporte un cas analogue. Les kystes séreux acquis semblent se développer dans une cavité préexistante close, ils sont tapissés à leur face interne par un véritable épithélium; leur contenu est toujours liquide, clair, et la tumeur qui siège ordinairement à la face inférieure de la langue présente un aspect spécial; on peut apercevoir à travers la muqueuse distendue la poche kystique. Lentes à se développer, ces collections ne dépassent jamais le volume d'une petite noisette, sont absolument indolentes, et n'attirent l'attention qu'autant qu'elles gênent les fonctions de l'organe.

3° Les *kystes muqueux* prennent naissance dans les glandes muqueuses; leur contenu est plus épais, leur enveloppe moins fine et moins transparente; on les rencontre dans tous les points de l'organe. BOUISSON, BILLROTH ont trouvé dans le liquide des cellules rondes, des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

4° Les *kystes hydatiques* présentent de grandes analogies avec les kystes séreux; aussi le diagnostic différentiel est-il fort difficile à poser avant l'opération. BILLROTH, LANNELONGUE ont publié des observations de cette variété. Dans le cas de LANNELONGUE, communiqué à la *Soc. de chir.* (1879), il s'agissait d'un enfant de deux ans et demi; la tumeur siégeant près de la pointe, à droite de la ligne médiane, avait le volume d'un gros pois chiche; MALASSEZ y trouva un cysticerque vivant. LANNELONGUE pense qu'un certain nombre de kystes séreux appartiennent à la même catégorie.

Le diagnostic de ces kystes, souvent très malaisé, ne peut être fait que par exclusion; en tenant compte de l'indolence de la tumeur, de son développement lent, de son degré de transparence, de sa fluctuation et enfin des résultats fournis par la ponction exploratrice, on pourra arriver à les reconnaître.

La ponction seule étant insuffisante pour amener la guérison de ces tumeurs, il faut y joindre l'incision et l'injection de liquides irritants. C'est à l'excision partielle de la paroi suivie de la cautérisation, ou à l'extirpation qu'on donnera la préférence.

4° TUMEURS VASCULAIRES

Les trois principales variétés sont : 1° les anévrysmes diffus; 2° les anévrysmes circonscrits; 3° les tumeurs érectiles.

1° *Anévrysmes diffus.* — Cette variété très rare succède d'ordinaire à un traumatisme, et survient peu de temps après la blessure, qu'il s'agisse d'un instrument tranchant (MAISONNEUVE) ou d'une plaie par arme à feu (BOUISSON). On n'y perçoit pas de battements, mais seulement un frémissement quand on comprime la langue qui prend promptement des dimensions insolites. Cette affection se termine par résolution, par suppuration, et expose pendant toute sa durée à des hémorragies graves et tenaces. MAISONNEUVE employa le tamponnement sans succès et dut recourir à la ligature de l'artère linguale que l'on peut faire directement dans la plaie ou sur un ténaculum; ce procédé nous semble préférable à la compression bilatérale au moyen d'un fil métallique double enfoncé au milieu de la langue, et dont on lie de chaque côté les extrémités. Le fer rouge, le thermo-cautère, la ligature de la linguale resteront comme ressource ultime dans les cas rebelles.

2° *Anévrysmes circonscrits.* — Le seul exemple bien décrit de cette variété est le cas classique de COLOMB, observé sur un séminariste; l'anévrysmes circonscrit, du volume d'une noisette, occupait la partie dorsale de la langue. Cette tumeur pulsatile, turgescence, a été rapidement guérie par la ligature médiate des deux bouts de l'artère et l'ouverture du sac.

3° *Angiomes ou tumeurs érectiles.* — De toutes les tumeurs vasculaires ce

sont les plus fréquentes; une bonne étude de cette affection est due à O. FOUCHER (Th. Paris, 1882). Congénitaux ou acquis, ordinairement développés au niveau d'un nævus, les angiomes ont été divisés par MAISONNEUVE, DEMARQUAY, en deux groupes, suivant qu'ils sont artériels (télangiectasies) ou veineux (angiomes caverneux). Assez souvent il existe, dans le voisinage, d'autres affections similaires des muqueuses ou des téguments. Une malade de BRIQUET avait deux nævi, l'un dans le dos, l'autre à la cuisse.

D'après BILLROTH, la tumeur érectile artérielle siègerait exclusivement dans le tissu sous-muqueux, s'étendrait plus en surface qu'en profondeur, et présenterait l'aspect d'une tache légèrement saillante dont la couleur varie du rose au bleu foncé. Cette variété offre tous les caractères des tumeurs de ce genre: la turgescence sous l'influence des efforts, la réductibilité à la pression, des pulsations artérielles ou même un simple frémissement. La tumeur veineuse est constituée par un tissu réticulé caverneux rempli de sang et contenant parfois des phlébolithes; comme la précédente elle se développe de préférence dans le tissu sous-muqueux, tout en étant susceptible d'envahir les couches sous-jacentes. La muqueuse amincie qui les recouvre laisse voir la coloration bleu-foncé de l'angiome.

Les symptômes fonctionnels proportionnels au volume de l'organe n'offrent rien de caractéristique; les symptômes objectifs classiques, joints à l'origine congénitale, permettront de reconnaître les angiomes. Les kystes avec lesquels on peut les confondre ne sont pas réductibles et ne deviennent point turgescents par l'effort.

FOUCHER nous dit que tantôt ces angiomes restent stationnaires, tantôt après

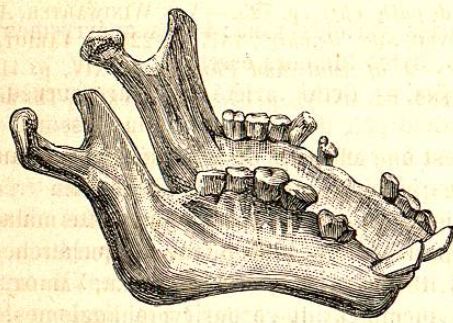


Fig. 158. — Déviation des dents et du bord antérieur du maxillaire par une tumeur érectile de la langue.

un temps variable ils acquièrent quelquefois un développement anormal en procédant par poussées. GROSS (*Syst. of Surgery*, 1882, t. II, p. 451) cite des cas où la langue gonflée ne pouvait plus être contenue au dedans des arcades dentaires, et les dents incisives incessamment comprimées s'étaient déviées en avant (fig. 158). Lorsque la tumeur congénitale s'accompagne d'un gonflement notable on peut croire à l'existence d'une macroglossie; dans un cas de TOAILLE DE LARABRIE, il existait des ectasies sanguines (Th. Paris, 1882). Un autre mode d'accroissement, dont FOUCHER rapporte plusieurs exemples, est l'extension du

mal aux régions voisines, aux joues, aux lèvres, etc. L'ulcération de ces angiomes a toujours des conséquences redoutables (DEGUISE, TESTELIN, RIZZOLI), susceptibles même de mettre la vie en danger. GOBLET a cité un cas de mort par asphyxie due à une tumeur érectile qui obstruait entièrement le larynx.

Traitement. — Parmi les moyens de traitement recommandés contre les angiomes, il n'en est qu'un petit nombre qui conviennent ici. C'est à l'extirpation pour les tumeurs peu volumineuses, aux ligatures simples ou multiples qu'il faudra avoir recours quand l'extirpation au bistouri paraîtra impraticable. Les tumeurs très volumineuses propagées aux régions voisines sont au-dessus de nos moyens. GROSS recommande encore la pâte de Vienne pour les petits angiomes. AGNEW a fait avec succès cinq injections de teinture d'iode en deux mois dans un vaste angiome de la langue; le chirurgien pourra imiter la conduite de LALLEMAND et pratiquer des cautérisations dans la masse avec des aiguilles rougies à blanc. Aujourd'hui l'extirpation, après avoir cerné l'angiome avec les fortes pinces à forcipressure de PÉAN, présenterait beaucoup moins de dangers qu'autrefois; c'est à cette méthode que nous donnerions la préférence.

5° LYMPHANGIOME. — MACROGLOSSIE

SYNONYMES. — Prolongement hypertrophique. — Prolapsus. — Lingua vituli. — Mégaloglossie.

Bibliographie. — DELPECH, *Bull. clin. de Montpellier*, 1831, t. IV, p. 229. — LEUW, *De Macroglossiâ*, Berlin, 1845. — HUMPHRY, *Med. Chir. Trans.*, 1853, t. XXXVI, p. 123. — GAYRAUD, Th. de Montpellier, 1865. — GIES, in *Arch. de Langenbeck*, 1873, p. 630. — BILLROTH, *Élém. de path. chir.*, p. 725. — VON WINIWARDER, *Arch. de Langenbeck*, 1874, t. XVI. — NEPVEU, *Soc. de chir.*, 1877, p. 224. — VARIOT, in *J. d'Anat. et de Phys.*, 1880, p. 654. — *J. of Anat. and Physiol.*, V. XIV, p. 417. — CL. PASTER, in *Schmidt's Jahrb.*, 1882, Bd. CXCVI, p. 33. — GAUQUELIN, Th. de Paris, 1882.

La macroglossie est une affection caractérisée par une augmentation considérable de la langue qui fait hernie hors de la bouche.

Jusqu'à ces dernières années on considérait cette maladie comme un vice de conformation hypertrophique. Cependant les recherches récentes et plus exactes de VIRCHOW, BILLROTH, MAAS, WINIWARDER, VARIOT, démontrent que la macroglossie est fréquemment due à des lymphangiomes, pour cette raison, nous rangeons cette curieuse maladie avec les tumeurs.

Anatomie pathologique. — Deux opinions reposant également sur des faits se trouvent en présence pour expliquer la macroglossie. Les uns, avec SÉDILLOT, BOUISSON, appuyés sur les observations de WEBER, BARDELEBEN, VALANTA, GAYRAUD, admettent une néoformation de tissu musculaire. Les autres, depuis VIRCHOW, sans nier la possibilité de la myosite hyperplasique, considèrent le prolapsus hypertrophique congénital de la langue comme un lymphangiome, une tumeur cavernueuse lymphatique.

VARIOT a observé l'épaississement hypertrophique de la muqueuse herniée, l'aspect réticulé de la zone sous-muqueuse lacunaire; les parois de ces espaces étaient tapissées par des cellules plates et contenaient une matière

grenue. La couche profonde était constituée par « une masse de tissu fibreux englobant les fibres musculaires dont la structure était restée normale ». Le tissu fibreux qui prédomine sur le tissu musculaire est creusé de lacunes en forme de fentes plus étroites que les lacunes des fentes supérieures. Dans plusieurs cas, ceux de WINIWARTER entre autres, de véritables cavités kystiques occupaient la face inférieure de la langue, et s'enfonçaient même dans son épaisseur. Tout porte à croire qu'il existe plus d'une analogie entre cette affection et l'éléphantiasis des membres; les dilatations lymphatiques et l'hypertrophie de l'organe se retrouvent dans les deux maladies.

Étiologie. — Si le lymphangiome peut être congénital et apparaître au moment de la naissance avec tous ses caractères, ainsi que G. PENCER l'a observé, il est beaucoup plus commun de voir cette affection se développer progressivement dans les premières années de la vie. Le sexe féminin y est spécialement prédisposé; enfin la macroglossie, rare en France, le serait moins en Allemagne et en Angleterre.

Les causes les plus diverses ont été invoquées pour expliquer l'apparition de cette tumeur, et on a longuement discuté pour savoir si le prolapsus précédait le gonflement de la langue, ou s'il était la conséquence de l'hypertrophie. Les uns ont admis un excès de longueur de la langue, d'autres ont fait intervenir la surélévation du larynx par la contracture des génioglosses. Ce sont là autant d'hypothèses peu vraisemblables. Il ne faut pas ajouter plus de crédit aux rapports de la macroglossie avec l'épilepsie, les convulsions, la coqueluche, les habitudes vicieuses.

Symptômes. — Dans les premiers temps de la vie, l'enfant ne présente aucun caractère particulier. Peu à peu la langue augmente de volume, la bouche reste entr'ouverte, la salive s'écoule abondamment. A la seconde période, vers l'âge de deux à trois ans, la langue plus volumineuse, difficilement contenue dans la bouche, s'insinue habituellement entre les arcades dentaires et les lèvres qui ne peuvent se rapprocher; c'est alors que l'affection progressant assez rapidement arrive à la période d'état. A ce moment l'organe sorti de la bouche ne peut y rentrer, toutes les tentatives pour rapprocher les mâchoires n'aboutissent qu'à des morsures. Qu'on se figure une masse conique, violacée, noirâtre, sèche ou recouverte de croûtes, d'une sanie purulente, cinq et même dix fois grosse comme la langue ordinaire, herniée entre les lèvres, pendante au devant du menton, et on aura une idée de l'aspect spécial qu'offre la langue de ces malades (fig. 159).

La tumeur molle ou dure présente à sa face dorsale des papilles hypertrophiées et à sa face inférieure un sillon ulcéreux qui résulte de la morsure des dents; une salive sanieuse découle de la lèvre inférieure hypertrophiée, renversée en dehors, formant en quelque sorte tablier. A la face inférieure de la portion herniée on constate des varicosités; les parties voisines ne tardent pas à subir les effets de cette ectopie pathologique. Non seulement les lèvres, mais encore les dents et la partie moyenne du maxillaire sont éversées; la face antérieure du maxillaire devient inférieure, et les dents ébranlées se recouvrent souvent d'une épaisse couche de tartre. Les molaires postérieures, dans l'impossibilité de rencontrer les supérieures, s'allongent beaucoup; de

même aussi les piliers sont attirés en avant, l'os hyoïde surélevé. Une semblable lésion ne saurait exister sans déterminer des troubles fonctionnels importants; la tumeur est indolente, seuls les vains efforts que font les malades pour mastiquer déterminent des morsures pénibles. En effet, la préhension des aliments est aussi gênée que la déglutition, fréquemment les malades sont obligés d'enfoncer les aliments dans le pharynx avec les doigts. La parole est impossible, sauf dans de rares exceptions, et l'enfant pousse seulement des cris rauques et stridents. Ces troubles graves altèrent progressivement la santé, épuisent les malades qui maigrissent, respirent diffi-



Fig. 159. — Hypertrophie de la langue.

lement, se plaignent de la soif et dépérissent; un certain nombre succombent.

Cette affection, au dire de DEMARQUAY, DUPLAY, ne serait pas susceptible d'amélioration spontanée. Cependant elle reste le plus souvent stationnaire et peut diminuer, comme dans le cas communiqué en 1882 à la Société de chirurgie par QUESLAIN.

Le diagnostic de la macroglossie est tellement simple, qu'il nous semble difficile d'hésiter après avoir constaté la procidence et recueilli les antécédents du malade. Le lymphangiome acquis (NEPVEU) est trop peu connu pour qu'on puisse affirmer son existence.

Traitement. — Sans être très dangereuse par elle-même, la macroglossie nécessite un traitement qui peut être palliatif ou curatif. Il nous semble péuéril de conseiller en pareil cas une nourrice au mamelon très long et au lait abondant, puisque l'affection ne devient d'ordinaire appréciable qu'à une époque où l'enfant ne prend plus le sein. Le sac contentif de PIBRAC, destiné à protéger la langue, rendra des services plus pratiques.

Le traitement curatif comprend : 1° La malaxation de l'organe et l'occlusion de la bouche à l'aide d'une fronde, procédé qui compte un succès (LEBLANC, 1772), mais qui expose à l'asphyxie.

2° La compression avec un bandage roulé auquel on substituera avec avantage une poche en caoutchouc comme pour le paraphimosis. FRÉTEAU, DELPECH, MURRAY, HUMPHRY, etc., ont guéri leurs malades par ce moyen.

3° L'ignipuncture a réussi entre les mains d'HELFRICH, qui enfonça vingt-deux fois le thermo-cautère dans la tumeur.

4° C'est à l'ablation qu'il faudra donner la préférence; généralement on conseille de réséquer toute la portion qui dépasse les arcades dentaires. DEMARQUAY pense qu'il faut en enlever davantage. Pour remplir cette indication, on s'est servi de l'instrument tranchant, de l'écraseur linéaire, de la ligature lente, simple ou élastique. Le procédé de BOYER est ordinairement employé; à cet effet on pratiquera dans la langue une excision en forme de V à pointe en arrière. Les deux fragments de l'organe rapprochés seront ensuite réunis par la suture profonde et superficielle après l'hémostase. Les longues pinces à forcipressure de PÉAN rendraient en pareille circonstance des services réels. WHITEHEAD a observé la mort par asthénie à la suite de l'excision.

Sur quarante-trois cas traités de diverses manières, F. CLARKE a trouvé vingt excisions dont une mort: la compression employée dix fois aurait donné neuf succès; huit fois la ligature a été pratiquée et a réussi, sauf dans un cas où l'enfant est mort. Le traitement des déformations ultérieures des lèvres et des dents comprend l'excision d'un lambeau de muqueuse de la lèvre inférieure et le redressement des dents par l'emploi de la fronde du menton.

6° CARCINOME DE LA LANGUE

SYNONYME. — Cancer de la langue. — Épithélioma. — Cancroïde.

Bibliographie. — LOUIS, *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1774, t. V, p. 486. — MAISON-NEUVE, Th. de concours, Paris, 1848. — SCHLAPFER, *Ueber die vollständige Extirpat. d. Zunge*, Zurich, 1878. — BARKER, in *The Lancet*, 1879, t. 1^{er}, p. 204 et 479. — *Mém. de la Soc. de chirurgie*, passim, 1880-1882. — KOCHER, in *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XIII, 1880. — TERRILLON, in *Bull. de thérap.*, 1881, t. C, p. 247. — WOELFLER, in *Arch. de Langenbeck*, 1881, t. XXVI, p. 314.

Thèses de Paris. — 1872, TH. ANGER (Agr., Bibliogr. jusqu'en 1872). — 1873, MAUVOISIN. — 1878, RICHARD. — 1881, GUILHES. — 1882, LARRIEU.

Consulter les Articles des *Dictionnaires* (Bibliogr.).

Définition. — Il y a peu d'années on discutait beaucoup sur le nom et la nature du carcinome de la langue; sans nier la malignité de cette production morbide, les auteurs admettent qu'il faut la distinguer du cancer encéphaloïde et la considérer comme un simple épithélioma, parce qu'elle ne se généralise pas. Si l'on croit avec VALDEYER que l'épithélioma et le carcinome représentent les deux formes d'une même affection, force sera d'admettre que tous ces noms sont synonymes. Le carcinome de la langue se présente toujours sous la forme épithéliale, envahit les ganglions, mais donne exceptionnellement lieu à des tumeurs secondaires.

Étiologie. — Le cancer de la langue est une affection spéciale à l'âge mûr et à la vieillesse. Si quelques auteurs l'ont observé avant quarante ans (BILLROTH, TRÉLAT), cette loi n'en est pas moins générale. De même, la prédominance de

l'affection dans le sexe masculin est hors de toute contestation. A quoi tient cette inégale prédisposition des deux sexes? Quelques auteurs ont cherché à l'expliquer par la différence des habitudes et des mœurs de l'homme et de la femme, l'usage et l'abus du tabac, des liqueurs fortes, toutes causes irritantes et prédisposantes dont on ne saurait nier l'influence sur la production du cancer épithélial de la langue. A ces circonstances d'ordre général, il faut encore ajouter l'hérédité qui n'est pas contestable dans un certain nombre de cas, l'influence prédisposante de la syphilis (TRÉLAT). Toutes les irritations mécaniques et persistantes seraient susceptibles de déterminer à la longue l'apparition du carcinome lingual; dans cet ordre d'idées, on a fait jouer un rôle important aux érosions produites par le bord tranchant des dents cariées et des chicots. Enfin tout le monde s'accorde avec TRÉLAT pour reconnaître que le cancer est souvent précédé par des plaques épidermiques blanches, connues sous les noms de *psoriasis lingual*, *ichthyose*, *leucoplasie*. Sur douze cas d'épithélioma, le psoriasis avait été constaté neuf fois.

Anatomie pathologique. — On admet généralement deux formes de cancroïde de la langue, suivant que l'affection débute par une plaque ulcéreuse superficielle ou par une nodosité interstitielle. Hâtons-nous d'ajouter que cette distinction n'a sa raison d'être qu'au début, car dans les périodes avancées de la maladie les deux formes se confondent. Une particularité également commune aux cancroïdes est leur siège primitif presque exclusif sur les côtés de la langue ou dans le sillon amygdalo-glosse.

1° *Épithélioma papillaire ou ulcéré.* — Nous reviendrons en parlant du psoriasis lingual sur la structure de la muqueuse au niveau de ces plaques laiteuses. Au début, on constate seulement une hypertrophie papillaire qui n'a rien de spécifique, et dont les cellules épithéliales et les papilles ont la structure ordinaire. L'épithélioma n'est confirmé qu'autant qu'il y a déformation des papilles et envahissement de leur tissu conjonctif par les cellules épithéliales déformées. Les sillons inter-papillaires deviennent plus profonds, la plaque végétante prend un aspect fendillé, il se forme déjà des globes épidermiques, et le fond de la végétation s'indure. L'épithélium dur, corné, adhérent, prend un aspect spécial. Peu à peu les vaisseaux papillaires sont étouffés, les couches superficielles privées de vie tombent et l'ulcération commence. La plaque se fendille, saigne au moindre contact tout en conservant l'aspect primitif; ses bords déchiquetés sont indurés.

2° *Épithélioma interstitiel.* — Il appartient à la forme lobulée, débute par un noyau gros comme un pois ou une noisette au niveau des sillons inter-papillaires; les bourgeons épidermiques s'enfoncent dans le derme, le tissu cellulaire sous-muqueux, s'insinuent entre les faisceaux musculaires qu'ils étouffent et le long des vaisseaux. Quelques-uns, mieux circonscrits, sont entourés d'une vraie coque fibreuse qui résiste plus longtemps. La structure des bourgeons n'est pas la même sur tous les points de la tumeur et pour tous les cas. Dans la portion centrale, les cellules épidermiques, notablement déformées, se développent en constituant des amas concentriques qui tantôt deviennent cornés, tantôt colloïdes. Ce sont les globes épidermiques. Sur la coupe blanc-rosé, fibreuse ou grisâtre de la tumeur, ils apparaissent comme de petites sphères de