

auquel j'ai extirpé par voie extérieure un myxome qui occupait la moitié droite

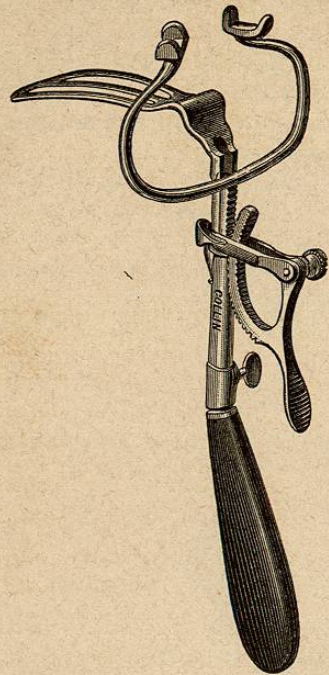


Fig. 58. — Ouvre-bouche de Trélat.

de la voûte palatine et proéminait sur la face latérale du cou. A travers une incision faite sur la partie proéminente de la tumeur, j'ai pratiqué l'ostéotomie sous-périostique du maxillaire, et cela sans ouvrir la cavité de la bouche. Cette résection, qui fut assez facile à faire, parce que le malade n'avait plus de dents, me donna assez de jour pour pouvoir extirper la tumeur qui était entourée d'une couche de tissu cellulaire lâche. Les suites opératoires furent des plus aseptiques.

Dans un cas analogue où j'ai procédé de la même façon, l'extirpation de la tumeur ne fut nullement gênée par la présence du maxillaire ; on n'a eu qu'à énucléer en quelque sorte le néoplasme. Et que trouvâmes-nous à l'examen microscopique de la tumeur ? Une tumeur de la parotide, qui évidemment, après avoir repoussé la paroi latérale du pharynx, avait envahi secondairement le voile¹.

(1) Il est bien possible que dans le cas auquel Albert vient de faire allusion, il ne se soit pas agi d'une tumeur de la parotide, mais bien d'une tumeur mixte née sur place, dans

les glandes salivaires du voile du palais. Le microscope est en effet impuissant à différencier ces tumeurs, qui sont identiques : dans un cas comme dans l'autre, on est en présence de tumeurs mixtes des glandes salivaires, et j'en dirai autant pour certains adénomes, fibromes, sarcomes et chondromes mixtes de la muqueuse labiale.

C'est surtout A. Nélaton qui a insisté sur ces *tumeurs bénignes du voile du palais*. Ces tumeurs, qui peuvent également occuper le palais osseux, sont fermes, lobulées, enkystées dans une coque conjonctive ; leur coupe ressemble à celle de la parotide ; elles peuvent contenir des kystes. Au début, on les a qualifiées d'adénomes ; puis, dans certains cas, on a noté d'une part des formations conjonctives embryonnaires abondantes, d'autre part une évolution maligne, et l'on a parlé de sarcome ; mais il est démontré aujourd'hui que l'on doit dire *tumeur mixte*, où s'allient en proportions variables les éléments glandulaires (adénomes et épithéliomes), conjonctifs (fibrome ou sarcome), myxomateux, cartilagineux. La différence avec les tumeurs parotidiennes est la fréquence moins grande du tissu cartilagineux. Ces données font comprendre qu'il ne faille pas exagérer la bénignité de ces tumeurs. Sans doute, la plupart du temps on observe, comme l'a dit Nélaton, des tumeurs indolentes, ne gênant que par leur volume, enkystées, faciles à énucléer et ne récidivant pas. Mais parfois la malignité est réelle, à partir d'un moment déterminé, ces tumeurs suivant en somme, pour subir une évolution sarcomateuse, une marche en deux temps analogue à celle des tumeurs de la parotide.

(A. B.)

CHAPITRE X

MALADIES DE LA LANGUE.

L'aphorisme de Celse : *In ore quædam manu curantur*, caractérise d'une façon très juste les interventions chirurgicales fort restreintes des anciens dans les affections de la bouche. La section du filet et l'ouverture des abcès de la langue, l'excision des amygdales et quelques autres interventions de la même importance étaient les seules opérations que les anciens pratiquassent sur la cavité postérieure de la bouche. Pourtant ils connaissaient la plupart des affections de cette région de sorte que les opérations qu'ils pratiquaient n'étaient guère en rapport avec l'étendue de leurs connaissances théoriques. En somme les progrès accomplis dans la chirurgie de cette région, sont presque tous de date récente.

Les affections de la langue sont si variées et si multiples que leur étude ne peut guère être faite que dans un chapitre spécial.

§ 1. — *Difformités.*

Les malformations de la langue ne présentent pas des variétés nombreuses. A côté de l'absence congénitale de la langue, affection très rare mais qui, fait curieux, gêne relativement peu la parole (contrairement à ce qu'on observe après l'ablation de la langue), à côté des fentes de la langue et de la langue double (superposition de deux langues) — deux affections également très rares — on observe encore, en fait de *malformations congénitales*, l'ankyloglosse qui est encore relativement fréquent. L'ankyloglosse est dû à des adhérences trop étendues entre la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche¹.

Quelquefois l'affection est produite par le filet qui s'insère trop loin en avant ou qui est trop large. Le malade ne peut tirer la langue hors de la bouche, et lorsqu'il essaie de le faire, la langue prend la forme

(1) Au degré le plus avancé, l'ankyloglosse inférieure consiste dans l'inclusion complète de la langue sous la muqueuse du plancher buccal. Il faut alors faire une véritable dissection aux ciseaux, qui donne de bons résultats. (A. B.)

d'un cœur. L'opération destinée à faire disparaître cette anomalie, la libération de la langue, consiste à sectionner le filet; elle est connue de l'antiquité. L'opération est du reste fort simple. On engage le frein de la langue dans la fente du pavillon d'une sonde cannelée, qui protège ainsi la face inférieure de l'organe, et on coupe le filet d'un coup de ciseaux. Si l'on pénètre dans le parenchyme même de la langue, il se produit une hémorrhagie par les veines profondes, quelquefois très abondante. Paul d'Égine signale déjà ces hémorrhagies, et j'en connais un cas qui s'est terminé par la mort parce que — *horrible dictu* — les médecins n'ont pas su arrêter le sang. Presque toutes les sages-femmes ont l'habitude de dire, en voyant l'enfant, qu'il faut lui libérer la langue, et elles le font ordinairement en déchirant le frein de la langue avec l'ongle. Cet abus date de l'antiquité.

Roser a décrit des adhérences épithéliales de la langue analogues à celles qu'on observe entre le prépuce et le gland, ou entre les grandes lèvres. L'ankyloglosse de ce genre peut être libéré avec les doigts¹.

§ 2. — Lésions traumatiques.

Les plaies de la langue sont caractérisées par leur tendance à la cicatrisation; et la suture de la plaie est presque toujours suivie de réunion par première intention. J'ai fait la suture avec succès dans des plaies déchiquetées de la langue et dans les plaies par morsure. Dans les plaies qui ne sont pas nettes, comme dans les cas de plaies par armes à feu ou de déchirures de la langue par des fragments osseux ou des piqûres d'insectes² ou de serpents, etc., on observe souvent une tuméfaction considérable de l'organe. Les moyens fréquemment employés autrefois étaient les scarifications profondes, la saignée et la cautérisation de la piqûre. Encore aujourd'hui le seul procédé rationnel consiste à fendre le foyer et à le désinfecter sérieusement. Les corps étrangers de la langue (projectiles, dents fracturées, etc.) se rencontrent très rarement³.

(1) Les accidents observés après la section du filet sont l'hémorrhagie (exceptionnelle si on opère prudemment) et le renversement de la langue en arrière, d'où asphyxie (J. L. Petit, Krukenberg, Hennig). Ce renversement en arrière serait surtout dû à l'acte de téter à vide. S'il se produit, il faut ramener la langue en avant avec le doigt introduit dans le pharynx et donner à téter à l'enfant. Cet accident serait possible, sans section du filet, par suite d'une laxité anormale du frein (J. L. Petit, Fairbairn). (A. B.)

(2) Ces dernières s'observent chez des enfants qui, en mangeant rapidement des fruits, sont piqués par des guêpes qui s'y trouvent.

(3) Des corps étrangers (dents, projectiles) peuvent rester enkystés dans la lan-

§ 3. — Macroglossie.

La macroglossie, connue de Galien, est désignée encore sous le nom d'*hypertrophie* ou de *prolapsus de la langue*; elle constitue une affection à part dans la pathologie de la langue. Tous ces noms — macroglossie, hypertrophie, prolapsus — indiquent chacun un point particulier de cette affection. Ainsi le nom prolapsus se rapporte à un symptôme frappant de la maladie: la langue, qui atteint quelquefois un volume 10 fois plus grand qu'à l'état normal, ne trouve plus à se loger dans la bouche et pend au dehors sous forme d'un morceau de chair qui dépasse la mâchoire inférieure. D'un aspect difforme, la langue est couverte de crevasses, de déchirures, de croûtes et de papilles hypertrophiées; les irritations continuelles, auxquelles l'organe se trouve exposé, aboutissent à une infiltration inflammatoire qui augmente encore le volume de la langue. Si l'on soulève la partie prolapsée, on trouve la lèvre inférieure renversée, épaissie, hypertrophiée, couverte de scissures et de crevasses. Les dents inférieures présentent leurs couronnes tournées en avant, de sorte que l'arcade alvéolaire devient horizontale, et que les alvéoles regardent directement en avant; les mêmes phénomènes, mais à un degré moindre, existent sur le maxillaire supérieur.

A l'examen de la bouche on trouve les piliers du voile attirés en haut et en avant; la traction peut se transmettre à l'os hyoïde de sorte que ce dernier et le larynx avec lui se déplacent en haut et en avant. L'affection marche et se développe très lentement comme le démontre déjà la déformation des alvéoles, et cette lenteur d'évolution permet d'éviter toute confusion entre la macroglossie et les gonflements inflammatoires aigus de la langue.

Ordinairement la macroglossie débute peu de temps après la naissance, de sorte que son étiologie doit être cherchée dans une anomalie congénitale.

Ce qui frappe tout d'abord les parents, c'est la bouche constamment ouverte de l'enfant, l'écoulement continu de salive et l'épaississement de la langue arrivant progressivement à dépasser les arcades alvéolaires que l'enfant ne peut plus appliquer l'une contre l'autre. A ce

gue, jusqu'à 32 ans dans un fait de Kræhe, et au bout d'un temps variable constituer une tumeur que l'on a plusieurs fois prise pour un cancer. On établira le diagnostic, en dehors des commémoratifs, par un examen local attentif: en effet, au centre de la pseudo-tumeur on trouvera un pertuis fistuleux par lequel un stylet arrivera au contact du corps étranger. (A. B.)

moment, on voit déjà paraître des phénomènes d'irritation du côté de l'organe exposé aux influences des agents externes, et l'hypertrophie de la langue se met à marcher avec une rapidité croissante¹. Il va de soi que la mastication ne s'effectue qu'avec les dents postérieures, que la parole est gênée et que l'écoulement de salive par la bouche devient continu.

L'examen histologique a donné les résultats suivants. O. Weber a trouvé une prolifération du tissu conjonctif situé entre les faisceaux musculaires de la langue. Sur des coupes, le tissu conjonctif se présente sous forme de larges bandes œdématisées entre lesquelles on aperçoit à peine les faisceaux musculaires ; aussi la surface de section paraît-elle presque blanche. Dans certains cas on a trouvé en même temps une hypertrophie des fibres musculaires. Ces modifications de structure, ainsi que le fait clinique de l'augmentation du volume de l'organe par poussées, au milieu de phénomènes rappelant ceux d'érysipèle, ont conduit Virchow et O. Weber à considérer la macroglossie comme une sorte d'éléphantiasis. Plus tard, on a vu que l'hypertrophie peut aussi atteindre les nerfs et les vaisseaux ; et H. Maas a admis qu'il s'agissait dans cette affection d'hyperplasie de la langue, processus qui serait bien désigné par le nom de macroglossie (par analogie avec la macrodactylie, la macropodie, etc., qui se distinguent de l'éléphantiasis en ce sens que l'hypertrophie porte non seulement sur le tissu conjonctif, mais aussi sur les nerfs, les vaisseaux, les os, etc.). Maas a encore fait observer que l'hyperplasie n'atteint parfois primitivement qu'une moitié de la langue, de sorte que l'augmentation ultérieure de l'organe doit être attribuée aux irritations multiples auxquelles il est exposé et à la réaction inflammatoire secondaire². Un autre point a été relevé par Virchow, Billroth, Volkmann, et surtout par Winiwarter. Dans un certain nombre de cas, on trouve notamment un réticulum caverneux renfermant des espaces lymphatiques. Virchow considérait ce tissu comme formé par des vaisseaux lymphatiques dilatés, et nul doute que cette ectasie n'existe. Winiwarter a pourtant trouvé que ces cavités kystiques pouvaient se former encore d'une autre façon, à savoir par la destruction et la transformation ultérieure en un liquide trouble, granuleux, des cellules provenant du tissu conjonctif qui est le siège d'une inflammation chronique³. Wegner, d'après l'examen d'un grand nombre de pièces, a mis en évidence un certain nombre de faits fort curieux. Ses recherches ont confirmé tout d'abord l'existence des cavités lymphatiques qui sur les préparations étaient tantôt vides, tantôt remplies de caillots de lymphe ou de cellules lymphatiques. Ces cavités,

(1) La macroglossie congénitale subit une aggravation à l'époque de la dentition. Une fois les incisives sorties, elles s'enfoncent dans la langue, à la face inférieure surtout, d'où des ulcérations et des poussées inflammatoires à partir de ce moment fréquentes. (A. B.)

(2) Dans un cas rapporté par Maas, à côté de l'hyperplasie de la langue existait encore une hyperplasie de toute la moitié du corps du même côté.

(3) Valenta et Winiwarter ont publié des cas dans lesquels la macroglossie existait en même temps qu'un hygroma kystique congénital du cou. Lambl a observé un cas dans lequel il y avait prolifération du tissu conjonctif de la base de la langue et des muscles de la région sus-hyoïdienne, mais sans prolapsus de la langue.

ces ectasies seraient dues à la stase de la lymphe qui rencontre des obstacles à son écoulement. Mais comme, dans la partie prolabée de la langue, la stase veineuse se produit très facilement, les veines dilatées se rapprochent peu à peu des espaces lymphatiques, la cloison intermédiaire finit à la longue par disparaître et le sang veineux pénètre directement dans les fentes lymphatiques. En suivant les fentes lymphatiques, le sang peut pénétrer dans les fins espaces lymphatiques, et le lymphangiome prend dans ces cas l'aspect d'un angiome sanguin. Dans certains cas on observe même, dans ces conditions, une néoformation de capillaires qui se mettent en communication avec les vaisseaux de la circulation générale.

D'une façon générale, toutes ces recherches confirment l'existence d'un processus d'hyperplasie inflammatoire chronique, sans toutefois éclairer en quoi que ce soit l'étiologie de la macroglossie. Il est très probable que cette étiologie comprend des causes multiples, et cela est mis en évidence par l'étude de la *macroglossie* acquise. On a vu survenir celle-ci après des irritations mécaniques (morsures, opérations) à la suite de la salivation mercurielle, de la scarlatine, de la variole ; aussi est-il évident que ce n'est pas toujours la même cause qu'on peut incriminer dans la macroglossie qui se manifeste peu de temps après la naissance.

Jusqu'à nos jours, on suivait deux voies dans le traitement de la macroglossie. Le procédé lent, qui a recours à la compression, ne réussit que dans les cas légers. Si l'affection est bien accusée, l'ablation seule de l'organe peut donner des résultats rapides et satisfaisants. La méthode opératoire employée est celle indiquée par Boyer : incision double en coin. On attire la langue au dehors et on la fixe à l'aide d'un fil passé à sa base. On taille ensuite dans l'épaisseur de l'organe un angle horizontal à sommet postérieur ; mais comme la langue est très large, on est obligé d'en tailler un autre à bords convergents. Les bords de la plaie sont ensuite réunis par la suture¹.

Une autre méthode consiste à enlever la langue avec le galvanocautère. Le fil doit être gros et le courant faible, suivant Maas : une batterie de Middeldorff avec zinc et charbon ou zinc et platine. Avant de fermer le circuit, le fil doit être exactement appliqué sur les tissus ; ensuite l'anse ne sera serrée que très progressivement. Ce procédé essayé à la clinique de Breslau a donné des résultats satisfaisants et un moignon très convenable. Les chirurgiens français préfèrent l'écras-

(1) Un excellent procédé consiste à circonscrire à l'aide de pinces courbes la partie prolabée que l'on veut enlever ; on sectionne en avant de ces pinces, on applique ensuite une rangée de sutures en capiton et enfin on suture muqueuse à muqueuse, puis on retire les pinces. De la sorte, l'hémorrhagie est nulle, fait important quand on opère la variété de macroglossie caractérisée par un développement énorme des vaisseaux sanguins. (A. B.)

seur¹. La ligature simple ne vaut rien, car elle provoque toujours du gonflement et de la suppuration.

§ 4. — *Lésions inflammatoires.*

Les processus inflammatoires de la langue doivent être divisés en superficiels et profonds.

Les inflammations superficielles s'observent à titre de phénomène partiel d'une affection diffuse de la cavité buccale, dans les catarrhes, le croup, la diphtérie, les exanthèmes graves, et rentrent par conséquent dans le domaine de la médecine interne.

Glossite parenchymateuse. — La glossite profonde ou parenchymateuse est une affection chirurgicale importante. Sa forme aiguë peut présenter une marche foudroyante et emporter le malade dans l'espace de quelques heures. La tuméfaction progressive de la langue s'accompagne dans ces cas de fièvre violente, de douleurs localisées à la base de la langue et au cou ; l'organe est immobile et la parole presque impossible. Bientôt la langue tuméfiée ne trouvant plus à se loger dans la bouche apparaît entre les dents et, pour respirer, le malade est obligé de tenir la bouche ouverte. L'organe tuméfié comprime le larynx et le malade peut succomber étouffé².

Quand ce danger se trouve écarté, l'affection peut se terminer de plusieurs façons. Tantôt par résolution et le malade guérit en quelques jours ; tantôt par une suppuration, qui envahit parfois le tissu cellulaire voisin et provoque de l'œdème suivi d'accès de suffocation ; en outre, la décomposition du thrombus veineux doit toujours faire craindre la septicémie et la pyohémie. Ou bien, il se forme un abcès circonscrit qui guérit rapidement une fois qu'il a été ouvert ; ou bien encore il persiste une induration qui devient le point de départ d'une hypertrophie ; enfin dans certains cas très rares, on a observé la gangrène de la langue. D'une façon générale, les formes graves de cette affection sont heureusement rares, et le plus souvent la glossite parenchymateuse a des allures bénignes.

On considérait autrefois comme un fait établi l'apparition épidémique de cette affection pendant certaines saisons. Mais aujourd'hui on

(1) L'écraseur est absolument abandonné depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. (A. B.)

(2) Ces accidents respiratoires sont surtout accentués dans la glossite de la base (angine linguale de D. Craigie), l'œdème gagnant alors très aisément l'orifice supérieur de larynx. (A. B.)

n'en parle plus. En tous les cas, il serait utile de revoir les anciens faits et de les analyser en tenant compte des doctrines modernes.

Dans certains cas, la glossite parenchymateuse apparaît dans le cours des affections septiques (charbon, typhus, pyohémie) ou de la stomatite mercurielle.

Le traitement consiste à faire des incisions longitudinales profondes ; si ce traitement échouait, si les accès de suffocation devenaient de plus en plus violents, il faudrait pratiquer la trachéotomie. De même père faisait avec succès des badigeonnages de teinture d'iode, également employés par d'autres chirurgiens ; seulement Stromeyer fait observer avec raison que ce traitement ne devait pas être bien efficace, puisqu'il fallait le continuer pendant des semaines.

Abcès chronique. — Une forme particulière de glossite est l'abcès chronique de la langue, qui se présente comme une tumeur dure au début, élastique plus tard. Cette tumeur est indolore, aussi la prend-

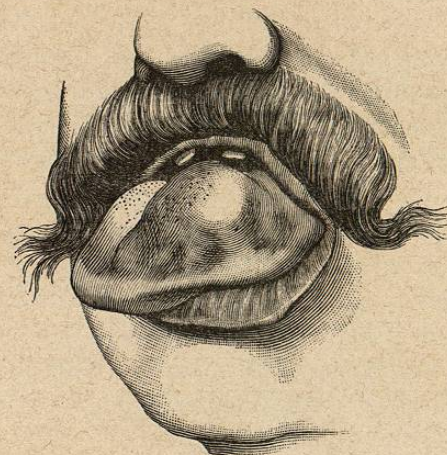


Fig. 59.

on souvent pour un néoplasme, ce qui n'est pas sans inquiéter le malade aussi bien que le médecin. Toutefois le développement très rapide de la tumeur (2 à 3 semaines) suffit pour y reconnaître un processus inflammatoire¹.

Glossite chronique abdominale. — Sous le nom de glossite chronique abdominale, Stromeyer a décrit des tumeurs inflammatoires un peu diffuses de la langue, s'accompagnant d'état saburral de l'organe et de phénomènes gastriques, et aboutissant à l'ulcération de la langue. Stromeyer a fréquemment observé cette affection chez des ouvriers qui travaillaient dans le tunnel de la Tamise. Elle

(1) Certains au moins de ces abcès chroniques sont des abcès froids tuberculeux. (A. B.)

guérissait du reste rapidement sous l'influence d'un traitement médical (laxatifs, diète) qu'on employait à l'hôpital St-Thomas. Une langue couverte de crevasses et présentant des papilles allongées indique quelquefois le diabète.

Ulcérations. — Le diagnostic différentiel des ulcérations de la langue présente quelquefois des difficultés insurmontables. Malgré l'inspection minutieuse du malade et l'examen attentif de la lésion, malgré l'anamnèse détaillée, on est quelquefois obligé de recourir à un traitement d'épreuve avant de pouvoir affirmer la nature de l'ulcération.

Les ulcérations *traumatiques* sont dues le plus souvent à l'action prolongée d'une cause externe, d'une dent cariée par exemple, comme c'est le plus souvent le cas. L'ulcération siège alors sur le bord de la langue, et en face on trouve la dent en question. Ces ulcérations sont douloureuses surtout quand elles se heurtent contre la dent ; les bords sont fortement hyperémiés et infiltrés par le fait de la glossite circonscrite qui existe à ce niveau. L'ulcération guérit spontanément après l'extraction de la dent.

Les ulcérations *vénéériennes* primitives produites par un coït contre nature ou simplement par un baiser un peu intime, siègent sur la pointe de la langue. Elles sont nettement limitées, rondes et présentent des bords comme taillés à pic ; le fond de l'ulcération est lardacé, sale, et malgré tous les soins de propreté, elle gagne en surface.

Ces ulcérations doivent être opposées aux ulcérations *syphilitiques* provenant des gommés ramollies. La gomme elle-même se développe sans douleur, siège ordinairement sur le tiers antérieur du bord de la langue, et se présente sous forme d'une grosseur des dimensions d'une noix ; la grosseur se ramollit au centre, s'ouvre et se transforme enfin en une ulcération à bords épais, anfractueux. Tant qu'elle ne s'est pas ouverte, la gomme peut se résorber sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique. Ordinairement on trouve en même temps d'autres manifestations de la syphilis, ou bien on en découvre en interrogeant le malade.

Les ulcérations *tuberculeuses* proviennent rarement de la destruction d'un nodule tuberculeux. Ordinairement elles se présentent sous forme d'une exulcération superficielle de la muqueuse ayant peu de tendance à se porter en profondeur. L'ulcération siège sur les bords ou près de la pointe de la langue, reste longtemps petite en occasionnant souvent des douleurs atroces et présente des bords indurés, anfractueux. Elle ne s'observe guère que dans les cas de tuberculose confirmée d'autres organes et a été longtemps considérée comme une véritable rareté. Mais depuis quelque temps les observations se sont multipliées, et personnellement j'en ai observé un grand nombre, et même chez des tuberculeux qui n'étaient pas encore à une période

avancée de leur phtisie. Chvostek a publié un cas dans lequel l'ulcération tuberculeuse de la langue a été la première manifestation de la tuberculose.

Les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses peuvent provenir de la destruction d'un nodule ; aussi nous préférons discuter le diagnostic différentiel après l'étude du cancer de la langue. Au point de vue du traitement, nous ferons remarquer que depuis quelque temps on a pris l'habitude d'exciser les ulcérations tuberculeuses et de suturer ensuite les lèvres de la plaie. J'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois cette opération, et la plaie a toujours guéri. Mais comme ces ulcérations sont une manifestation secondaire de la tuberculose, on ne peut guère conserver des illusions sur les résultats définitifs de cette intervention.

Actinomycose. — L'actinomycose de la langue est tantôt primitive, tantôt secondaire, consécutive à l'actinomycose de la mâchoire ; enfin, comme dans le cas observé par A. Kœnig, les foyers de la langue peuvent se développer par métastase. L'affection se présente sous forme d'un nodule qui ressemble à un abcès chronique de la langue ou à un nodule squirrheux. Le nodule se ramollit, s'ouvre et donne lieu à la formation d'une ulcération couverte de pus dans lequel on trouve les granulations jaunes caractéristiques.

§ 5. — Tumeurs.

Les néoplasmes de la langue ne présentent pas de nombreuses variétés. Les fibromes, les lipomes, les chondromes sont excessivement rares dans cette région ; les angiomes et les papillomes sont déjà un peu plus fréquents ; un cas de sarcome à cellules fusiformes que nous avons eu l'occasion de voir est peut-être un cas unique.

Fibromes. — Pour ce qui concerne les fibromes, on peut faire la remarque suivante :

1. — Chez certains adultes ou quelquefois chez certains vieillards, sur la partie antérieure de la face supérieure de la langue on voit s'élever une plaque des dimensions d'un pois ou d'un haricot, caractérisée par sa coloration pâle ; cette plaque est nettement limitée, à peine plus dure que les parties voisines sur lesquelles elle fait une saillie à peine appréciable ; la muqueuse est à ce niveau plus lisse que sur le reste de la langue. Si l'on comprime la bosselure avec le doigt introduit sous la langue, elle devient encore plus pâle.

Il va de soi que tous ces malades se croient atteints d'un carcinome de la langue. Mais dans tous ces cas il n'existe pas de troubles fonctionnels et la seule chose qui ait attiré l'attention des malades est la dureté plus grande de la bosselure en question. Dans deux cas j'ai fait l'extirpation de la nodosité pour céder au