

désir des malades qui étaient par trop préoccupés de la présence de cette petite tumeur. A l'examen microscopique, on trouva qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Je connais des cas où cette tumeur est restée stationnaire pendant des années ; du reste dans le carcinome au début les symptômes sont bien différents. Ou bien le nodule est situé profondément dans le parenchyme, et alors la muqueuse a conservé à son niveau sa coloration normale ; ou bien il s'agit d'un épithéliome superficiel, et alors on trouve une ulcération, et la coloration est tout autre que dans le fibrome.

2. — Les *fibro-lipomes pédiculés* du bord de la langue (fig. 60, grand. natur.) sont de véritables raretés. On pourrait parler dans ces cas de polypes de la langue avec le même droit qu'on le fait pour les polypes des amygdales.

Le malade que j'ai observé, homme de 46 ans, vigoureux et ordinairement bien portant, s'est présenté à la clinique, le 4 décembre 1884, disant qu'il avait une grosseur sur la langue. En examinant la cavité de la bouche j'ai trouvé la plus grande partie de la gorge remplie par une production très mobile, de structure en apparence papillaire. Le malade nous disait qu'il n'éprouvait pas de troubles de respiration ni de déglutition et que tout se réduisait à la sensation d'un cheveu



Fig. 60. — Fibrolipome pédiculé de la langue.

dans la gorge. Il nous disait encore que la tumeur restait ordinairement dans la gorge, mais qu'il pouvait aussi la faire passer dans la bouche, ce qu'il fit devant nous. Je saisis la tumeur avec les doigts et en l'attirant en avant j'ai pu voir qu'elle s'insérait par un court pédicule mince sur la partie postérieure du bord droit de la langue. Je la fis fixer avec une pince et je coupai son pédicule, dans la profondeur du parenchyme de la langue, avec le thermocautère porté au rouge.

3. — Parmi les *papillomes* de la langue, je distingue les petits papillomes pédiculés, les papillomes plats et les papillomes douloureux de la région foliacée.

Voici ce qu'on voit dans les cas de papillomes plats. Sur le dos de la langue, principalement de chaque côté de la ligne médiane, on trouve des productions qui occupent une surface continue et qui se développent pendant des mois et des années sans provoquer des troubles bien marqués. Ces productions se composent de papilles rouges ou bleuâtres, de même grosseur et aussi longues que larges (quelques millimètres de diamètre).

Pour comprendre les particularités que présentent ces papillomes, il suffit de regarder attentivement, sur une langue tirée dehors, les belles papilles fongiformes rouges dont l'aspect, parmi les papilles filiformes grises, rappelle celui des arbres à feuilles dans un bois de sapins. Les papilles filiformes s'hypertrophient

aussi dans la surface occupée par le papillome, mais elles sont en quelque sorte marquées par les papilles fongiformes volumineuses dont la coloration rougeâtre tirant sur le bleu communique au papillome la couleur caractéristique. Autour de la surface en apparence uniforme du papillome, on trouve encore des papilles

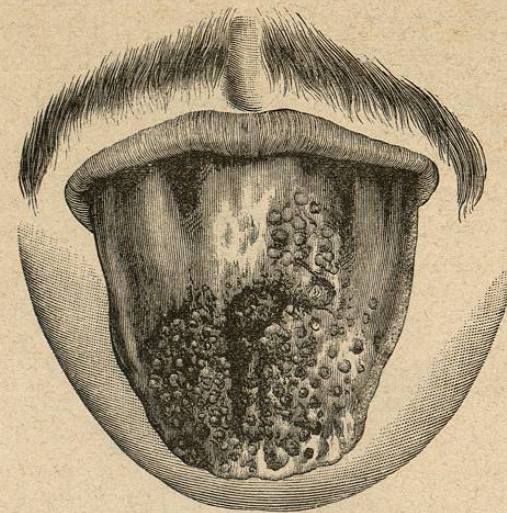


Fig. 61. — Papillome de la langue.

fongiformes isolées et plus ou moins hypertrophiées. J'ai observé un cas dans lequel ces papilles arrivaient presque jusqu'au bord de la langue.

La langue est un peu gênée dans ses mouvements et sa pointe est un peu épaissie. Dans les trois cas que j'ai observés, il s'agissait de jeunes gens d'ailleurs

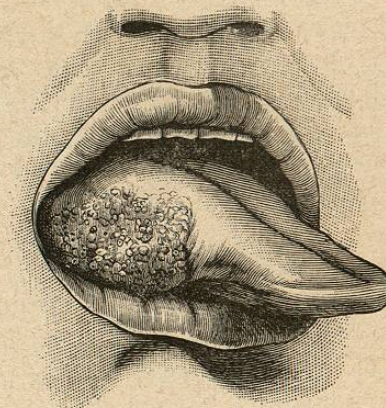


Fig. 62. — Papillome de la langue.

bien portants. Ces papillomes de la langue rappellent ceux du cuir chevelu qu'on observe pendant la seconde enfance et vers la puberté, et ne sont pas sans analogie avec les verrues dont souvent sont couverts les doigts et le dos de la main des enfants.

La cautérisation avec l'acide sulfurique fumant et, dans un cas, avec le thermo-cautère ont fait disparaître ces tumeurs (fig. 61 et 62).

3. — Le papillome douloureux de la région foliacée (fig. 63), que j'ai observé, s'est présenté sous la forme suivante :

La tumeur était petite et siégeait dans la région occupée par les papilles foliacées, par conséquent dans la partie postérieure des bords de la langue, partie désignée par certains physiologistes sous le nom de région foliacée. Ses particularités étaient les suivantes :

- a) Elle était symétrique de chaque côté de la langue ;
- b) Elle était très douloureuse au toucher ;
- c) Il existait en même temps une névralgie ou une paresthésie de la langue.

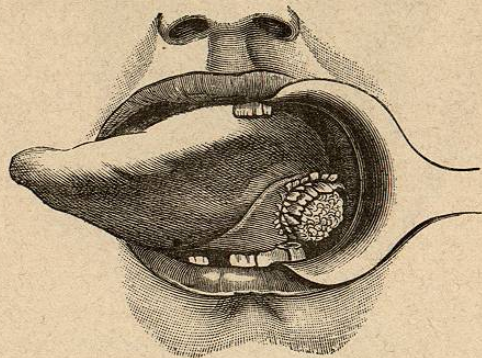


Fig. 63. — Papillome de la langue.

Carcinomes. — Les carcinomes forment le contingent principal des tumeurs de la langue. La forme la plus fréquente, sinon la seule, est l'épithéliome, qui presque toujours est dans ces cas primitif. Le cancer de la langue est bien plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, se rencontre souvent chez des individus encore jeunes et constitue une affection de la plus haute gravité, aussi bien au point de vue des troubles qu'il provoque, que par son évolution rapide et toujours fatale. A une période avancée de son développement, il provoque des douleurs insupportables.

Au début, il se présente sous forme d'une ulcération ou d'un nodule, et ce fait est très important à connaître. Le cancer qui provient d'une ulcération, quelquefois d'une ulcération traumatique, s'étend plus ou moins vite en surface ; les cancers qui débutent sous forme d'un nodule sont plus graves, et dans ces cas, si l'on est partisan de l'opération, il faut faire l'amputation totale de la langue, dès que le diagnostic est certain. Car très souvent à côté du nodule principal il en existe d'autres, séparés du premier par du parenchyme en apparence sain, et ce sont ces nodules secondaires qui sont la cause de la récurrence rapide qu'on observe après les interventions partielles. Si le cancer est abandonné à lui-même, le néoplasme envahit le plancher de la

bouche et la langue devient immobile ; les ganglions du cou s'infiltrent¹, et la tumeur dans sa marche envahissante se propage au maxillaire inférieur. L'ulcération exposée est le siège de suppuration et de ramollissement ; les hémorragies sont fréquentes et deviennent graves quand le malade ne peut plus ouvrir la bouche à la suite de la propagation de la tumeur à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur. Le malade succombe dans le marasme ou est emporté dans un accès de suffocation quand le néoplasme se porte en arrière.

Le *diagnostic* du carcinome de la langue n'est pas toujours facile. S'il se présente sous forme d'un nodule dans l'épaisseur du parenchyme, on peut le confondre avec un abcès chronique, un néoplasme bénin, un nodule tuberculeux, une gomme, un foyer d'actinomycose. Sauf la gomme, toutes ces productions sont *très rares*. Les abcès chroniques de la langue présentent un certain degré d'élasticité et se développent rapidement ; les néoplasmes bénins ne provoquent pas les douleurs lancinantes qui sont constantes dans le carcinome ; la tuberculose de la langue ne s'observe que dans le cas de tuberculose floride d'autres organes. L'actinomycose se développe plus lentement que l'abcès chronique de la langue et pourrait à la rigueur passer pour un nodule cancéreux s'il s'agissait de l'actinomycose primitive de la langue ; mais les nodules qu'elle forme sont plus mous, plus plats que ceux du cancer ; en outre, si l'actinomycose atteint un jeune sujet en apparence bien portant, ce fait parle déjà contre le carcinome. Restent les gommages, qui forment des nodules indolores et s'accompagnent d'autres lésions syphilitiques.

Si le cancer débute sous forme d'une ulcération, on trouve un certain nombre de signes qui peuvent aider le diagnostic. Les bords et le fond d'une ulcération cancéreuse sont durs ; en les comprimant on peut faire sortir les bouchons épithéliaux caractéristiques. De plus, les ganglions de la région sus-hyoïdienne présentent de bonne heure l'infiltration caractéristique, et on trouve toujours au moins un ganglion qui est petit, rond, dur, indolore. Les bords et surtout le fond des ulcérations tuberculeuses ne sont jamais aussi durs que dans le

(1) L'adénopathie du cancer de la langue, ou plutôt de la cavité bucco-pharyngienne, présente dans certains cas une forme spéciale. Au lieu des petits ganglions durs, roulant sous le doigt, peu à peu adhérents et enfin ulcérés, on peut observer un engorgement phlegmoneux diffus péri-ganglionnaire et de là des accidents quelquefois graves. Ces accidents s'observent parfois à la suite des opérations chirurgicales s'attaquant à la langue seule. Ils semblent liés à une infection pyogène partie soit de l'ulcération cancéreuse, soit de la plaie opératoire ; d'où l'indication de veiller à l'antisepsie buccale et, en cas d'opération, de chercher le plus possible, par la suture, la réunion immédiate. (A. B.)

cancer ; en outre les ulcérations tuberculeuses sont superficielles, s'observent secondairement dans les cas de phtisie avancée, restent longtemps stationnaires et ne provoquent pas la tuméfaction caractéristique des ganglions lymphatiques correspondants ¹.

Les ulcérations syphilitiques proviennent toujours d'un nodule antérieur, par conséquent ce fait attirera l'attention quand on trouvera une tumeur ulcérée ou quand le malade affirmera que l'ulcération a été précédée d'un nodule qui occupait la même place. Dans ces cas, la dureté des bords de l'ulcération et la présence des ganglions lymphatiques infiltrés décideront en faveur du carcinome. Si ces deux signes manquent, on aura à faire le diagnostic différentiel entre la gomme et un nodule tuberculeux. L'existence de la phtisie et la sensibilité excessive de la tumeur parleront en faveur de l'origine tuberculeuse de la lésion. Si la tumeur était indolore et si l'on trouvait en même temps d'autres signes de syphilis et pas trace de tuberculose, on se prononcerait pour l'origine syphilitique de la lésion.

Quelquefois le diagnostic est facile à faire. Un jour, arriva à la clinique une femme avec une ulcération occupant la plus grande partie de la moitié gauche de la langue, et assez profonde pour loger la moitié d'une châtaigne. « Y a-t-il longtemps que vous avez ça ? » « Depuis cinq ans » me répondit la malade. Dans le carcinome de la langue la survie n'atteint jamais 5 ans. J'examine les bords et le fond de l'ulcération, et je ne les trouve pas durs ; pas de ganglions lymphatiques indurés. La malade n'avait pas l'air phtisique, et l'affection durait trop longtemps pour être une ulcération tuberculeuse. Mon diagnostic était donc fait sur l'aspect de la malade et la durée de l'affection. L'ulcération se cicatrisa rapidement sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique.

Le *traitement* du cancer de la langue a été fortement discuté ces temps derniers. Et comme on ne recule pas devant les interventions radicales, comme on reconnaît qu'il faut exciser tout ce qui paraît malade, l'accord n'est pas loin de s'établir ².

Tout d'abord, l'opération est-elle utile ou non ? Autrefois cette question a été envisagée sous un point de vue absolument faux.

(1) La difficulté diagnostique existe précisément quand les poumons sont ou paraissent sains, et surtout quand, *ce qui n'est pas rare*, il y a engorgement ganglionnaire concomitant. (A. B.)

(2) Lorsque le cancer de la langue est inopérable, le *traitement palliatif* a une importance réelle. On arrachera les dents cariées, on prescrira l'usage d'aliments mous et non irritants, on ordonnera des lavages antiseptiques fréquents de la cavité buccale (solution de chloral à 1 0/0), on saupoudrera les ulcérations bien détergées avec un mélange d'acide borique, d'iodoforme et de chlorhydrate de morphine. De la sorte on calmera les douleurs, on diminuera la fétidité. En cas de dysphagie, on nourrira le malade avec des bouillies injectées par une sonde introduite dans le nez. Il pourra être indiqué de lier les artères linguales pour arrêter une hémorragie. (A. B.)

Les uns condamnaient l'opération *a priori*, croyant qu'elle devait être suivie de troubles de la parole, de la déglutition et de la gustation, et que par conséquent l'état du malade devait être encore plus misérable qu'avant l'intervention. Or toutes ces craintes ne sont nullement fondées. Il y a plus de cent ans que Verdier a émis l'opinion, que toutes les fonctions attribuées à l'activité de la langue peuvent s'accomplir sans elle. Les expériences sur des individus qui ont perdu la langue soit par accident, soit par maladie, soit par la main du bourreau — pénalité fréquente dans la législation du moyen âge — confirment pleinement l'opinion de Verdier en ce sens que la parole, la mastication, la déglutition et même la gustation s'accomplissent dans ces conditions d'une façon assez satisfaisante. Ce fait est du reste confirmé dans les 50 observations d'ablation totale de la langue réunies dernièrement par Schlæpfer.

D'autres soutenaient que la malignité des cancers de la langue et la récurrence à bref délai, qu'on observe dans ces cas, rendent l'opération absolument inutile. Mais cette assertion ne s'appuie pas sur des faits bien établis.

D'autres encore considéraient l'opération radicale, l'extirpation totale de la langue comme une intervention trop difficile ou trop grave. Cette opinion ne se trouve pas non plus en accord avec les faits mis en évidence depuis quelques années.

Extirpation de la langue. — Syme a établi le premier comme règle générale que dans tout cancer de la langue il faut faire l'extirpation totale de l'organe, l'amputation partielle étant dans ces cas plus dangereuse que l'abstention. Cette règle a été adoptée par un grand nombre de chirurgiens, seulement chacun opérerait à sa façon, de sorte que le nombre des procédés opératoires devint considérable. Si l'on divise avec Schlæpfer les cas en deux catégories : ceux où la surface de section passe obliquement à travers la base de la langue sur la limite des papilles caliciformes (amputation totale), et ceux où la langue est détachée de l'épiglotte et du plancher de la bouche (extirpation totale), on trouve que l'opération peut être faite :

I. — PAR LES VOIES NATURELLES.

1. — Avec les flèches caustiques après ligature (Girouard, Nunneley, v. Bruns).
2. — Avec l'écraseur (Paget, Collis, Campbell de Morgan).
3. — Avec l'anse du galvano-cautère (Heath, Bottini, Landi) ; ou avec le thermo-cautère Paquelin (Langenbeck).
4. — Avec des instruments tranchants, avec ou sans ligature préalable de l'artère linguale (qu'on fait le plus souvent).