

Kuhlbaum prétend avoir guéri en quatorze jours une macroglossie par la diète, l'infusion de séné et les lotions avec l'eau chlorurée. Il n'y a pas lieu de mettre en doute la guérison de son malade, mais on peut à bon droit contester le diagnostic.

L'infirmité est tolérable tant que la langue est contenue dans la cavité buccale, mais quand il ya prolapsus on ne saurait évidemment se contenter des petits moyens que nous venons d'énumérer. La compression aurait été mise plus d'une fois en œuvre avec succès en pareil cas. Malgré les bons résultats qu'on en aurait obtenus, ce mode de traitement est tombé en désuétude. Il est en effet d'une application difficile et dans tous les cas ne peut agir qu'avec lenteur.

Naturellement, on a dû songer à l'ablation de cette portion de langue qu'on ne pouvait ni réduire complètement dans la cavité buccale, ni ramener à l'état normal. La suppression en pareil cas est la meilleure ressource du chirurgien. Les premières tentatives faites au siècle dernier par Hoffman et Pimpernel passèrent longtemps pour des hardiesses peu justifiées. Depuis on a mis en œuvre les ligatures, et en particulier la ligature élastique, procédés qui n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. De Saint-Germain s'est servi de l'écraseur pour enlever la langue, dans le cas qui a fait l'objet du travail de Larabrie. Cette méthode d'exérèse, elle aussi, a fait son temps.

L'ablation au bistouri, préconisée déjà par Percy et Laurent, est devenue aujourd'hui la méthode de choix. « Le jour où l'on parviendra à assurer d'une façon complète l'hémostase de la langue, dit de Larabrie, nous pensons que l'incision aujourd'hui délaissée reprendra ses droits sur l'écraseur, la ligature et la cautérisation qui constituent jusqu'à présent les méthodes les plus sûres. »

Ce jour est venu, et l'on peut sans témérité pratiquer l'excision d'une notable portion de la langue hypertrophiée. Harrys et Rey avaient fait autrefois une simple amputation transversale de la langue, mais il vaut mieux avoir recours à des procédés qui permettent de restituer à l'organe à peu près sa forme normale. Pour cela on peut, à l'exemple de Percy, en supprimer la partie antérieure par deux incisions qui, parties des bords de la langue, se dirigent en avant et en dedans de façon à se réunir sur la ligne médiane. Ces incisions dessinent un V à sommet antérieur. Après ablation du segment antérieur de la langue, il reste une plaie en dos d'âne présentant deux versants : l'un droit, l'autre gauche. Le procédé de Boyer est l'inverse du précédent : deux incisions circonscrivent également la portion à enlever, seulement leur orientation est différente ; au lieu de former un V à sommet antérieur elles forment un V à sommet postérieur. Après ablation du segment amputé, la plaie figure un angle rentrant et non un angle saillant, comme dans le procédé précédent.

Il y a en somme deux lambeaux latéraux très bien disposés pour la réunion et susceptibles d'être rapprochés à l'aide de sutures. Ce procédé est élégant et simple et conserve à la langue une forme très voisine de l'état normal. C'est le procédé de choix.

Mais ce n'est pas tout ; quand on a supprimé la portion exubérante de la langue, on n'a pas restitué à l'individu un maxillaire régulièrement conformé, des dents implantées dans une bonne position, et corrigé la déformation de la lèvre. Si l'on a, en somme, amélioré la position du sujet, il est encore loin de l'état normal. Faut-il alors s'adresser à ces déformations secondaires et diriger contre elles des opérations complémentaires ? En pareil cas, il ne faut point se hâter d'intervenir. « Généralement, dit Gauquelin, on obtient du temps plus que ne pourrait donner l'intervention chirurgicale. » Les déviations du maxillaire et des dents sont susceptibles de s'améliorer spontanément dans une certaine mesure. Il serait toujours temps d'intervenir s'il persistait quelque déformation par trop accentuée, mais en pareil cas le chirurgien n'aura jamais à se repentir de n'avoir pas opéré avec précipitation, mais à se féliciter d'avoir ajourné l'intervention réparatrice. « Chez une malade, dit Roussin, la lèvre redressée s'est raffermie, a repris sa tonicité et a fini par clore la bouche en lui restituant un certain agrément de forme. »

Dans la plupart des cas la guérison s'est maintenue, mais dans un certain nombre de cas il y a eu récurrence. Si cette récurrence prenait de notables proportions, il serait indiqué d'avoir recours à une nouvelle opération.

Kystes de la langue (1). — Les kystes de la langue ne sont pas tous comparables. — Leur étude est d'autant plus difficile qu'il s'agit d'affections qu'on observe seulement de loin en loin. Les travaux de l'embryologie moderne ont heureusement beaucoup contribué à apporter quelque lumière dans ces questions obscures.

Toute une grande catégorie de kystes dont la pathogénie était particulièrement difficile à établir trouve dans les vestiges de dispositions embryonnaires une explication aussi simple que plausible. Si tout n'est pas dit sur ce sujet, il est maintenant possible de grouper ces tumeurs dans un ordre logique et d'en exposer avec méthode les principales variétés. On peut diviser les kystes de la langue en deux catégories, les kystes congénitaux et les kystes acquis. Malheureusement ce terme de congénitaux prête toujours à confusion, et comme pour les hydrocèles, comme pour les hernies, laisse place à une certaine ambiguïté. Nous voulons désigner en effet sous ce terme les kystes qui se développent à la faveur d'une disposition

(1) VERNEUIL, *Soc. anat.*, 1852. — GEHÉ, thèse de Paris, 1882. — VERCHÈRE et DENUCÉ, *Soc. anat.*, 1885. — BUSCARLET, thèse pour le grade de privat-docent. Genève, 1893. — P. E. L. MARTIN, thèse de Paris, 1895, n° 84. — HUE, Grenouillette congénitale de la glande de Blandin (*Soc. de méd. de Rouen*, 1896).

embryonnaire anormalement persistante, ou en raison de quelque trouble survenant dans l'évolution de l'embryon. Or ces tumeurs peuvent se montrer d'une façon tardive, longtemps après la naissance. D'autre part des tumeurs qui se montrent dès les premiers jours de la vie, ou qui existent même au moment où l'enfant vient au monde, et sont par le fait absolument congénitales au vrai sens du mot, doivent être exclues de cette catégorie. Bien que tout le monde soit d'accord aujourd'hui sur la valeur relative de ces termes, nous préférons adopter la classification suivante :

1° *Kystes parasitaires*, 2° *kystes salivaires*, 3° *kystes lymphatiques*, 4° *kystes dermoïdes*, 5° *kystes du tractus thyro-glosse*.

LES KYSTES PARASITAIRES sont des kystes hydatiques — qui peuvent siéger à la langue comme partout ailleurs, et en particulier comme dans tous les tissus musculaires. Leur rareté est extrême, mais l'on peut se demander, avec Lannelongue, si quelques cas n'ont pas été méconnus. Ils présenteraient, a-t-on dit, ceci de particulier, que le parasite pourrait pénétrer directement dans les tissus de la langue par effraction de la muqueuse. Cependant il paraît probable que là comme ailleurs, c'est par la voie sanguine que le parasite est amené dans les masses musculaires.

LES KYSTES SALIVAIRES ont un siège étroitement subordonné à la répartition des glandes salivaires de la langue. Or ces glandes occupent exclusivement les bords (glande de Weber), la face inférieure au voisinage de la pointe (glande de Blandin) et enfin la base de la langue au voisinage du sillon glosso-amygdalien. — C'est en ces points que prendront naissance les kystes muqueux ou salivaires. Les plus communs sont ceux de la pointe, dépendant de la glande de Blandin, et qu'on range quelquefois, mais à tort, parmi les grenouillettes. Ce dernier terme, pour éviter toute confusion, doit être réservé aux tumeurs salivaires du plancher buccal. Cependant il s'agit d'une affection tout à fait comparable, présentant la plus grande analogie avec les kystes salivaires ordinaires, et avec les kystes des glandes labiales ou des glandes molaires. Ils contiennent un liquide visqueux et filant, d'apparence hyaline. Leur paroi mince est tapissée d'épithélium cubique plus ou moins aplati.

LES KYSTES D'ORIGINE LYMPHATIQUE ou kystes séreux sont très rares. Ils n'ont point de siège constant, mais s'observent plutôt à la face inférieure et à la base et coïncident généralement soit avec la macroglossie, soit avec un lymphangiome du plancher de la bouche.

LES DERMOÏDES sont à peine connus. Une observation déjà ancienne de Blachez se rapporte à un grand kyste occupant le plancher de la bouche, descendant jusqu'au sternum, et s'étendant en haut dans l'épaisseur de la langue, transformée en une annexe du kyste, car elle était pour ainsi dire réduite à sa muqueuse.

Dans un cas plus récent de Nicaise, le kyste siégeait à la face inférieure de la langue et présentait une singulière disposition. Il était en effet canaliculé et terminé du côté de la langue par une sorte d'ampoule ; par son autre extrémité il se continuait avec un cordon fibreux qui allait s'attacher au maxillaire inférieur entre les apophyses géni.

Quant à la dernière variété mentionnée sous la rubrique de KYSTES DU TRACTUS THYRÉO-GLOSSE, leur pathogénie paraît complètement élucidée et de la façon la plus satisfaisante par les recherches récentes. Morgagni avait depuis longtemps mentionné un canal qui s'enfonçait dans l'épaisseur de la base de la langue, mais ce fut Bochdaleck qui en 1866 rappela l'attention sur ce point, à propos d'un kyste qu'il avait observé en ce point. Neumann insiste encore sur ce sujet, ayant recueilli en 1877 un cas analogue. Verneuil rappelait leurs recherches en 1881 (1), à propos du cas de Nicaise précédemment mentionné. Depuis ont paru le travail de Verchère et Denucé, la thèse de Gehé, l'excellent article de Broca dans le *Traité de chirurgie*, le remarquable travail de Buscarlet, etc.

La thèse récente de M. Martin résume et expose avec clarté l'état actuel de nos connaissances sur tous les kystes de la langue, du plancher et du cou, qui sont sous la dépendance du canal thyro-lingual.

Ces kystes sont peut-être les moins rares de ceux qu'on observe à la langue, et, comme le fait remarquer Martin, le nombre des cas qui reconnaissent cette étiologie « est appelé à augmenter rapidement, maintenant que l'attention est attirée sur ce point et que systématiquement on pratique l'examen microscopique ».

Leur paroi en général assez résistante est assez lâchement unie aux parties avoisinantes ; leur surface interne, parfois lisse et unie, est ordinairement irrégulière, soulevée par des plis saillants qui séparent des dépressions, des alvéoles et des diverticules.

Ils contiennent un liquide visqueux, filant, comparé à du blanc d'œuf ou encore à du mucus utérin ou nasal.

Mais ce qu'ils présentent de particulier dans leur structure, c'est leur épithélium constitué par des « cellules allongées présentant une petite extrémité tournée vers la paroi, et une grosse en forme de plateau finement strié qui regarde la cavité du kyste. Très fréquemment la surface libre de ces cellules est couverte de cils vibratiles ». (Martin.)

Ces cellules se détachent et tombent dans la cavité kystique.

L'examen du liquide retiré par une ponction exploratrice a pu permettre quelquefois de faire le diagnostic, en montrant la présence de ces cellules cylindriques ciliées. Ces kystes sont susceptibles de

(1) VERNEUIL, *Bulletins de la Soc. chirg.*, 1881.

suppurer, mais c'est là une éventualité assez rare, et leur contenu est généralement aseptique.

De ces kystes qui prennent naissance aux dépens des débris du tractus thyro-glosse, on doit rapprocher certaines tumeurs de la base de la langue qui ont pour origine la même disposition embryonnaire, et rappellent par leur structure les tumeurs du corps thyroïde. Ce sont de véritables goitres de la base de la langue (1).

Signes. — Les kystes de la langue sont des curiosités. Aussi le diagnostic est-il quelquefois méconnu. Quelle que soit leur variété, ils ont une symptomatologie à peu près identique. Tous, en effet, sont caractérisés par leur indolence, leur lente évolution, l'augmentation de volume de la langue, et par la constatation en un point de cet organe d'une tumeur arrondie et fluctuante. Aussi existe-t-il seulement entre les diverses variétés des différences de détail.

Presque toujours la date du début est impossible à établir d'une façon précise, la tumeur étant déjà d'un notable volume quand on en constate la présence. Elle est parfois congénitale, ou du moins elle se développe peu après la naissance.

La plupart du temps on les a observées chez de jeunes sujets, mais parfois chez des adultes assez avancés en âge.

Souvent c'est au moment de la puberté que le kyste jusque-là silencieux commence à augmenter de volume et à devenir gênant.

Sur une petite malade de Sicard (2) on avait remarqué depuis longtemps un léger trouble de la parole, mais la tumeur occupant la base de la langue et ne déterminant par ailleurs aucun autre phénomène, on n'en avait pas soupçonné la présence.

D'autres cas passent inaperçus pendant la vie et sont des trouvailles d'autopsie, comme celui que Chaslin a présenté en 1886 à la Société anatomique.

Quand le kyste est d'un certain volume et devenu superficiel, on constate la fluctuation sans difficulté. Mais quand la tumeur est profondément située dans l'épaisseur des muscles, comme c'était le cas pour le kyste hydatique observé par Lannelongue, ou bien quand les phénomènes inflammatoires viennent masquer les caractères de la tumeur (Obs. de Chavanis), il est à peu près impossible d'arriver à une conclusion ferme.

Mais dans les circonstances ordinaires, on se trouve en présence de deux ordres de faits, kystes superficiels généralement de petit volume, siégeant à la pointe ou sur les bords, présentant une teinte bleuâtre, à fluctuation évidente; ce sont des kystes salivaires; kystes profonds, siégeant à la base de la langue, dans son épaisseur, au voisinage du foramen cæcum, ce sont les kystes du canal de Boch-

(1) SELDOWICH, *Centralb. f. Chirurgie*, 1897. — VALLAS, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1896.

(2) MARTIN, thèse de Paris.

daleck, du tractus thyro-glosse, les plus communs, les plus intéressants, ceux qui comportent les interventions difficiles et délicates. Ceux-là ne sont généralement reconnus qu'après avoir acquis un notable volume.

Ils repoussent la langue en avant, et parfois cet organe soulevé et chassé par la production kystique vient faire constamment saillie par la bouche entr'ouverte. Le kyste peut venir faire saillie au-dessous de la langue, et simuler ainsi une grenouillette vulgaire.

Ainsi en était-il chez le malade de Neumann, dont la langue était repoussée vers le pharynx et chez lequel existait une gêne considérable de la parole et de la déglutition. Quand on regardait dans l'intérieur de la bouche, on ne voyait pas la langue au premier abord, mais à la place qu'elle aurait dû occuper une tumeur volumineuse qui la masquait.

Le plus souvent, c'est du côté de la face dorsale que le kyste se développe. Il vient soulever la muqueuse au niveau du foramen cæcum ou entre le V lingual et l'épiglotte. Habituellement médian, il est parfois latéral.

La constatation d'une tumeur indolente, fluctuante, développée avec lenteur en cette région, sur un sujet jeune, sans retentissement sur les ganglions, sur l'état général, doit faire songer à un de ces kystes, et maintenant que leur histoire est assez bien connue, leur diagnostic ne présente plus grande incertitude ni sérieuse difficulté. Au surplus, une ponction exploratrice pourrait être de quelque secours. L'examen du liquide pourrait y faire constater des cellules ciliées caractéristiques.

L'évolution de tous ces kystes paraît devoir être constamment progressive. Indépendamment de la gêne que leur présence apporte aux mouvements de l'organe, quand ils ont acquis un certain volume, ils peuvent s'enflammer et suppurer.

Aussi est-il sage de les traiter de bonne heure, dès qu'on en aura constaté l'existence. Plus tôt on interviendra et plus facilement la guérison sera obtenue.

Traitement. — On pourrait sans doute essayer ici les ponctions, les injections de liquides modificateurs, mais ce sont là des procédés presque toujours infidèles. Dubois parle d'un enfant auquel il fit une incision au bistouri. « Le kyste (je devrais dire la langue) se vida, l'organe reprit sa conformation naturelle, l'enfant put téter, et malgré ce qu'on aurait pu croire *a priori*, le liquide ne se reproduisit pas. » Il est vrai que l'observation a été publiée vingt jours après l'opération, ce qui est un laps de temps beaucoup trop court pour qu'on puisse juger du résultat définitif. Il faut reconnaître toutefois qu'en pareil cas, on n'a guère l'embarras du choix, qu'on ne peut songer ni à pratiquer chez un enfant nouveau-né une extirpation laborieuse et délicate, ni à faire des injections irritantes, qui entraîneraient une

réaction inflammatoire, certainement très préjudiciable à l'enfant.

La simple ponction est donc seule indiquée, à titre d'opération palliative, pour permettre à l'enfant de s'alimenter; et si le liquide se reproduit, c'est encore à la même manœuvre qu'il faut recourir, jusqu'au moment où l'enfant présente une résistance suffisante pour subir un traitement réellement efficace et curatif.

Indépendamment de ces cas spéciaux, ou de contre-indications tirées de l'état général, le traitement des kystes de la langue, quel que soit leur siège, ou leur nature, ou leur étendue, ne comporte qu'une seule méthode, l'extirpation suivie de réunion par première intention. Dans certaines circonstances on pourra être amené à faire cette ablation par la voie sus-hyoïdienne, mais il est de règle de procéder par la bouche. Quand le kyste siège à la pointe ou au niveau d'un des bords, l'opération est simple et facile. Mais quand il siège dans la profondeur de la base de la langue, les manœuvres peuvent être très malaisées. Dans un cas de ce genre (1), Richelot dédoubla la langue en la divisant par transfixion en deux valves, l'une supérieure, l'autre inférieure, et put ainsi faire l'ablation de la paroi kystique. Il s'agissait d'un kyste du tractus thyro-glosse, inutilement ponctionné, drainé, incisé et curetté. Les deux valves furent rapprochées par des sutures, la réunion fut obtenue et le succès irréprochable. Cet ingénieux et élégant procédé ne saurait être de mise que pour des cas exceptionnels, et presque toujours une seule incision longitudinale permettra la dissection et l'ablation de la tumeur.

Varices de la langue. — « Je pense, dit Lennox Browne (2), que j'ai été le premier à attirer l'attention sur ce sujet au Congrès international de Milan en 1880, et de nouveau devant la Société médicale de Philadelphie en 1887. Dans ces communications, j'ai tenté de montrer que les varicosités siégeant en ce point étaient une des raisons objectives de beaucoup de symptômes subjectifs généralement attribués à l'hystérie, et aussi dans beaucoup de cas d'hémorragies de la gorge qui ont parfois conduit au diagnostic erroné de tuberculose pulmonaire. A la réunion de la British Medical Association, à Birmingham, j'ai lu une note sur le ténésme pharyngé, montrant que ces phénomènes subjectifs du côté de la gorge étaient très analogues aux sensations du même genre qui ont leur siège dans le rectum, qu'elles étaient causées par les varicosités et l'hypertrophie du tissu adénoïde, constituant ce que j'avais tenté de désigner sous le nom d'hémorroïdes linguales ou hémorroïdes de la gorge. »

Un certain nombre de laryngologistes anglais acceptèrent les idées de Lennox Browne, tandis que les médecins reprenaient la question à un autre point de vue. Dickson, Greenwood, d'autres encore, voulurent faire des dilatations variqueuses de la langue un

(1) VERCHÈRE et DENUÉ (*loc. cit.*).

(2) LENNOX BROWNE, *The Lancet*, 1893.

élément de diagnostic des altérations de l'encéphale et de l'état de la circulation encéphalique. Les veines de la langue allant aux jugulaires et celles-ci ramenant le sang de l'encéphale, Dickson estime que les deux circulations doivent subir des altérations parallèles, et, d'après lui, l'inspection de la langue pourrait donner d'utiles renseignements à ce propos. Dans différents cas d'hémorragies cérébrales et d'autres affections on aurait trouvé les veines de la langue dilatées et variqueuses. De là à renverser la proposition, et à dire que la constatation de varices linguales doit faire craindre une lésion cérébrale ou une altération des artères de l'encéphale, il n'y avait qu'un pas, que Dickson et quelques autres n'ont pas hésité à franchir.

Ces conclusions sont peu justifiables, et les varices de la langue seraient sans doute rentrées dans l'oubli, si leur étude n'avait eu d'autre application.

Manon a porté la question sur un autre terrain et singulièrement étendu le cadre de cette affection.

Pour lui, rien n'est plus commun que cette maladie, restée cependant inconnue jusqu'à nos jours. Une infinité de causes peuvent intervenir dans le développement des dilatations variqueuses des veines linguales, les maladies du cœur, du poumon, de la bouche et du pharynx. — Elles ne seraient pas rares chez les aliénés. Elles « acquièrent avec l'âge une fréquence véritablement étonnante », puisque sur 200 sexagénaires et septuagénaires des deux sexes, l'auteur n'en a pas relevé moins de 30 observations. Pour expliquer ce développement chez les vieillards, Manon n'hésite pas à faire intervenir la *pesanteur*! et s'ingénie à nous prouver que, dans l'attitude habituelle du vieillard qui marche le dos courbé et le chef penché en avant, la langue doit se trouver dans une situation déclive propre à ralentir la circulation.

D'autre part, nombre de professions y prédisposent : avocats, crieurs publics, marchands de journaux, etc., y sont fort exposés.

Il n'est pas jusqu'aux actes physiologiques qui ne soient incriminés, et Manon nous affirme que les efforts de la défécation chez un individu constipé suffisent à en déterminer l'apparition, cause, il faut l'avouer, assez inattendue dans la genèse d'une affection buccale.

Ce n'est pas tout : « Les morsures répétées de la langue chez les individus qui ont des dents mal implantées ou chez les épileptiques sont une cause des plus déterminantes de varices. »

En présence de causes tellement multipliées, on se demande en vérité qui peut échapper à cette affection, ou plutôt si l'auteur, entraîné par son sujet, n'a pas été un peu trop enclin à voir partout des varices.

Le même reproche peut être adressé à Lennox Browne, qui, sur 1547 malades observés par lui en trois ans, n'aurait pas rencontré moins de 438 cas de varices de la langue. Il y a évidemment là une exagération.

On trouvera dans la *Lancet* (1896) une curieuse polémique engagée entre les laryngologistes de la Grande-Bretagne, à propos d'un court travail de Tilley qui mettait en doute l'existence des prétendues varices linguales. Son opinion fut partagée par les uns, combattue par d'autres. — De la lecture de cette série d'articles, souvent aigres-doux, reste cette impression qu'on a, là-bas, singulièrement abusé de ce diagnostic et du traitement par le galvanocautère qui paraît en être le corollaire.

Il s'agit heureusement d'une maladie sans gravité, presque toujours ignorée du sujet, et reconnue par hasard à l'examen de la bouche.

On constate alors à la surface de la langue, de préférence à la face inférieure ou au niveau de la base, des varicosités bleuâtres, des dilations serpentine, plus ou moins superficielles, disposées souvent en pinceaux. — Rarement elles seraient susceptibles de donner lieu à quelques accidents. Elles seraient susceptibles de se rompre et de produire des hémorragies répétées qui, dans un cas de Moure, avaient fait soupçonner de tuberculose un pauvre abbé, professeur de collège.

Mais il s'agit d'un fait exceptionnel, et ces écoulements sanguins sont habituellement très insignifiants, et se traduisent par la présence de quelques stries sanguinolentes dans les crachats.

Il est vrai que Manon cite des cas plus graves, comme les observations de Foucher et de Testelin, etc., mais il serait abusif de faire rentrer dans les varices ces cas où manifestement il s'agit de tumeurs érectiles.

Une hygiène convenable de la bouche, la modération dans les exercices vocaux et oratoires, jointes à quelques gargarismes émoullients, calmeront la sensation de gêne qu'éprouvent parfois les malades et qui est surtout liée à la pharyngite chronique concomitante. Si les hémorragies se répétaient, il faudrait tâcher de voir à l'œil nu ou au laryngoscope le point de départ, et si quelques applications astringentes ne suffisaient pas à les arrêter, l'application de la pointe du thermocautère en ferait justice.

Angiomes de la langue (1). — Les angiomes de la langue, sans être communs, ne sont pas très rares, et si le nombre des cas publiés n'est pas très considérable, c'est sans doute que beaucoup d'entre eux passent inaperçus, que d'autres restent stationnaires, et que la plupart sont jugés indignes d'une publication, n'ayant, à la vérité, rien de très particulier dans leur évolution et ne prêtant à aucune considération bien intéressante et bien neuve au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, et leur histoire se confon-

(1) O. FOUCHER, thèse de Paris, 1862. — ARRAGON, Étude sur les angiomes des muqueuses, thèse de Paris, 28 juin 1883, n° 293. — Lucien-Louis-Zéphyrin JULLIAN, thèse de Bordeaux, 9 juin 1886. — R. COUTENOT, thèse de Paris, 28 juillet 1887, n° 336. — LEFÈVRE (Edmond), Contribution à l'étude des angiomes de la langue, thèse de Paris, 1891-1892, n° 123. — TOUAILLE DE LARABRIE, Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale de la langue, thèse de Paris, 1882, n° 307. — YERSIN, *Arch. de phys. norm. et pathol.*, Paris, 1886.

dant en somme avec la description générale des angiomes. Périodiquement les auteurs de thèses rassemblent quelques observations du moment, auxquelles ils ajoutent celles de leurs prédécesseurs. De fait, depuis la thèse de Foucher, nous avons à enregistrer celles d'Arragon, de Jullian, de Coutenot, de Lefèvre, où l'on trouve, outre les observations consacrées par la tradition et transmises de thèse en thèse, un certain nombre de documents plus modernes. Nous puiserons dans ces excellents mémoires, autant que dans nos souvenirs personnels, les éléments de ce chapitre.

Les tumeurs érectiles de la langue n'avaient sans doute pas échappé à l'attention des auteurs anciens, mais personne avant Foucher n'en avait fait l'objet d'une description spéciale. Aussi n'avait-il pu en rassembler que quelques observations, malgré toutes les recherches auxquelles il s'est livré en compulsant les périodiques et les monographies écrites sur ces sortes de tumeurs, « et même parmi le grand nombre de thèses inaugurales publiées sur les tumeurs érectiles en général, aucune ne cite la langue comme pouvant en être le siège ».

De fait, elles ne diffèrent pas essentiellement des autres angiomes, mais certaines particularités de leur structure, bien étudiées par Cornil, ont été exposées dans la thèse d'Arragon. La structure de ces tumeurs a fait plus tard l'objet d'intéressantes recherches de Suzanne (1).

Les angiomes de la langue seraient plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et cela dans la proportion des deux tiers. Chassaing et Bauchet ont vu des cas où l'affection était héréditaire.

Ils sont souvent congénitaux, ou du moins se développent peu de temps après la naissance. Mais dans un certain nombre de cas, on les a vus se développer tardivement et Maisonneuve prétendait qu'il en avait vu apparaître chez des vieillards de Bicêtre. Cette dernière assertion est toutefois contestable, elle n'a pas été confirmée et n'est pas en rapport avec ce que nous savons des angiomes en général et de leur prédilection pour les jeunes sujets. Tout au plus peut-on admettre qu'une tumeur érectile datant de la jeunesse puisse chez un vieillard augmenter de volume dans certaines circonstances. D'autre part, il ne faudrait pas aller jusqu'à affirmer que toutes ces tumeurs sont congénitales, et en cela on peut adopter encore l'opinion de Foucher qui dit : « Tout en admettant que ces tumeurs sont le plus souvent congénitales, je ne serai pas aussi exclusif que Walter qui prétend qu'elles débutent toujours dès la naissance. Il pense que l'altération reste occulte jusqu'au moment où elle prend de l'accroissement. »

(1) JULLIAN, thèse citée.