

implanté au niveau de la base, ou pédiculé et susceptible, en se renversant dans le pharynx, d'obturer l'orifice supérieur du larynx.

La douleur est habituellement nulle.

Quand la tumeur est volumineuse, la muqueuse qui la recouvre est susceptible de s'ulcérer, et ces ulcérations peuvent donner lieu à de petites hémorragies, d'ailleurs sans importance.

Les *signes* physiques ont plus d'intérêt. On constate, dans une des moitiés de la langue, une tumeur dure, arrondie, hémisphérique, ou ovalaire, ou encore séparée par de légers sillons en deux ou trois lobes. Sa consistance est dure et uniforme. Ses limites sont généralement assez faciles à préciser. La pression à son niveau est parfaitement indolente. La muqueuse qui la recouvre est généralement intacte, signe important qui permettrait de la distinguer d'une gomme.

En présence d'une tumeur pédiculée, ou très superficiellement placée, le diagnostic est facile, mais il en est tout autrement quand on se trouve dans les conditions opposées, tumeur siégeant vers la base de la langue et plus ou moins enfoncée dans l'épaisseur de sa masse charnue. La coloration rouge de la tumeur et sa consistance ferme suffiraient à distinguer un fibrome d'un lipome, si nous ne savions qu'il y a des tumeurs qui forment pour ainsi dire transition de l'un à l'autre. La forme pédiculée du sarcome est assez facile à distinguer — mais quand ce dernier est interstitiel, il est difficile de formuler extemporanément un diagnostic ferme. Il est vrai qu'au bout de peu de temps la marche de la maladie guidera le clinicien.

De même certains kystes profonds, où la fluctuation est obscure, et dont la paroi tendue donne la sensation d'une tumeur solide, peuvent prêter à confusion.

A cette liste il faut ajouter encore certaines glossites partielles et scléreuses, qui se présentent comme des noyaux indurés. Tel est le cas montré par L. Lévy à la Société anatomique (1896) et qui me paraît devoir être considéré comme une glossite localisée, et non comme un fibrome.

Il faut encore songer à certaines formes d'abcès froids de la langue, et aussi aux gommés syphilitiques, généralement multiples, il est vrai, et accompagnées d'altérations superficielles, qui permettent de reconnaître de la maladie, que le traitement spécifique viendrait mettre en évidence si l'on conservait le moindre doute.

Le diagnostic peut donc être fort délicat, et, dans certaines circonstances, il faut s'attendre à ne pouvoir l'établir d'une façon bien ferme.

On est heureusement autorisé à intervenir, sans diagnostic absolument précis.

**Traitement.** — Le traitement des fibromes de la langue ne saurait donner lieu à de longues considérations. Ils ont tendance à grossir,

ils peuvent se transformer et ils sont gênants. Leur ablation s'impose. Mais cette opération simple quand la tumeur est petite, bien limitée ou encapsulée, peut devenir laborieuse. Bergmann fut obligé de faire une incision sus-hyoïdienne pour mener à bien l'extirpation. Toutefois ce n'est que par exception qu'on peut admettre la nécessité de ces incisions extérieures; presque toujours l'ablation sera possible par les voies naturelles.

#### Tumeurs malignes.

**Sarcome de la langue.** — Le sarcome de la langue est une rareté. On en compte les observations, et même parmi les cas publiés quelques-uns sont contestables. Aussi la plupart des traités classiques le passent sous silence, ou lui consacrent une simple mention. De fait, les premières publications ne datent pas de bien longtemps; c'est en 1869 que Jacobi et Heiter en firent connaître les premiers cas. Puis vinrent ceux d'Albert, d'Hutchinson. Avec ces pauvres documents, Butlin pensait « qu'il était inutile d'essayer une description de cette affection ».

On peut aujourd'hui tenter d'établir cette symptomatologie. Les travaux de Poncet, de Mikulicz et Michelson, de Targett, de Max Scheier, etc., ont peu à peu facilité cette tâche, et mon ami Marion (1), dans un mémoire très complet, vient de rassembler toutes les observations connues, au nombre de vingt-quatre.

**Étiologie.** — Ce chiffre est très significatif. Il prouve l'extrême rareté de la maladie.

Il est vraisemblable cependant que le chiffre des cas méconnus serait plus considérable encore.

La lecture des observations montre que les malades porteurs de sarcomes de la langue étaient en général de jeunes sujets, ce qui n'a rien de surprenant, les sarcomes se développant avec une prédilection particulière dans les organismes jeunes. La plupart n'avaient pas trente ans. Dans un cas (Jacobi) l'affection aurait été congénitale (?). Plusieurs malades étaient de tout petits enfants, âgés seulement de quelques mois.

Loin de frapper presque exclusivement les hommes, comme le cancer de la langue, le sarcome se répartit à peu près également sur les deux sexes. Nous sommes dans la plus profonde ignorance au sujet des causes qui peuvent favoriser son développement au niveau de la langue. Dans beaucoup d'organes, on peut admettre des

(1) JACOBI, *Americ. Journ. of Obstetrics*, 1869. — HUETER, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1869. — ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1885. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1885. — PONCET, *Lyon méd.*, 1889. — MIKULICZ et MICHELSON, *Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle*. Berlin, 1892, avec 44 pl. — TARGETT, *Guy's Hospital Reports*, 1890. — MAX SCHEIER, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1892. — MARION, *Revue de chirurgie*, 1897.



sarcomes primitifs et des sarcomes secondaires, véritables métastases, développées à la période de généralisation de la maladie. A la langue, cette division n'a pas de raison d'être. On ne connaît encore que des sarcomes primitifs.

**Anatomie pathologique.** — L'étude microscopique des tumeurs sarcomateuses de la langue y fait reconnaître les deux principales formes qu'on est habitué à rencontrer dans l'économie, les sarcomes fuso-cellulaires et globo-cellulaires. D'après l'aspect macroscopique du tissu morbide, on peut, avec Marion, admettre deux variétés. La tumeur peut être en effet complètement englobée dans l'épaisseur des fibres musculaires de la langue, *interstitielle*, ou bien saillante sur un des bords ou l'une des faces et *pédiculée*.

L'une ou l'autre variété peut occuper la base, la pointe, la face dorsale, ou l'inférieure.

Pendant les premiers stades de son évolution, au moins, la tumeur est nettement limitée, encapsulée et énucléable, plus tard elle s'infiltré et envahit les tissus voisins.

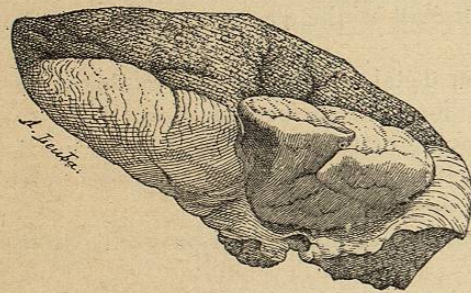


Fig. 18. — Sarcome de la langue. Coupe longitudinale. Cas de M. Berger (d'après MARION).

Dans la forme pédiculée, la tumeur peut être coiffée de la muqueuse, qu'elle a peu à peu repoussée dans son lent accroissement; mais cette disposition est exceptionnelle. Le plus souvent la muqueuse, distendue et amincie, s'ulcère et se détruit, et la masse sarcomateuse fait hernie à travers cette perte de substance (fig. 18). Elle végète et grossit, formant une sorte de fungus. Il existe une masse néoplasique intralinguale, une autre saillant à l'extérieur, réunie à la précédente par un pédicule qu'entoure la muqueuse. Celle-ci, généralement respectée par le tissu morbide, entoure ce pédicule comme d'une collerette sans lui adhérer.

Pédiculé ou non, le sarcome peut atteindre un notable volume; on parle de tumeurs qui présentaient le volume d'un œuf ou celui du poing, mais à l'ordinaire on intervient avant que l'affection ait présenté une pareille extension — et l'on se trouve en présence de tumeurs du volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon.

Abandonnée à elle-même, la maladie peut envahir le plancher buccal, les ganglions et même se généraliser. Au sujet des ganglions, il y aurait une distinction à établir. Tous ceux qui sont augmentés de volume ne sont pas forcément le siège d'un envahissement néoplasique; ils peuvent avoir subi simplement une tuméfaction inflamma-

toire, et sont susceptibles de rétrocéder après ablation de la tumeur linguale.

**Signes.** — Le début de la maladie est lent et insidieux, et l'absence habituelle de douleur fait que, dans ses premiers stades, la tumeur n'appelle pas l'attention et passe inaperçue. Bientôt cependant l'augmentation de volume et la déformation apportant quelque gêne dans les mouvements de la langue, le malade finit par découvrir lui-même l'existence de la production anormale.

Je pense qu'il y a grand intérêt à conserver ici la division adoptée par Marion, et à décrire deux aspects cliniques répondant aux deux formes anatomiques dont nous avons plus haut donné les caractères. Le malade peut en effet se présenter avec une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la langue et recouverte d'une muqueuse intacte et ininterrompue, ou bien avec une tumeur pédiculée faisant saillie dans la cavité buccale.

Cette division est nécessaire, et tous les cas connus peuvent prendre place dans l'une ou l'autre catégorie.

Dans le premier type, le diagnostic est bien plus délicat et à peu près impossible à établir d'une façon ferme. La déformation de la langue est plus ou moins considérable, mais l'aspect de la tumeur n'est jamais caractéristique, et c'est à peine si l'on peut, en procédant par exclusion, arriver à soupçonner ce dont il s'agit. La tumeur, généralement unique et unilatérale, siége plus ou moins près de la pointe, ou de la base. Dans ce dernier cas, l'exploration étant moins aisée, les difficultés deviennent encore plus grandes. Cependant, à défaut de constatations par la vue, l'exploration avec le doigt donne d'utiles renseignements, qui permettent parfois d'arriver à un résultat satisfaisant.

La tumeur fait une saillie du volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf, et, suivant son siège, change et déforme d'une façon variable l'aspect de la langue. Quand elle est petite, on en apprécie facilement l'étendue et les limites. A son niveau, la muqueuse est lisse, rouge ou rosée, parfois finement vascularisée. Dans certains cas, on aurait pu constater la mobilité de la tumeur au milieu des tissus qui l'entourent, et ce signe, caractère pathognomonique d'une tumeur encapsulée, est du plus haut intérêt, car il établit d'une façon péremptoire que la production morbide n'adhère pas à la muqueuse, et par conséquent n'est pas d'origine épithéliale. Mais, à vrai dire, il n'est pas commun de le constater, tant les tissus de la langue sont denses, serrés, feutrés; la muqueuse elle-même, qui reçoit l'implantation des fibres musculaires dans presque toute son étendue, ne peut être détachée des tissus sous-jacents qu'en certains points de la surface de la langue.

La tumeur, dont le doigt apprécie bien les limites, est d'une consistance plus ou moins ferme, parfois dure et résistante, mais souvent



molle, au point de donner l'apparence de la fluctuation. Les manœuvres d'exploration ne déterminent aucune douleur. Ordinairement il n'y a pas non plus de douleur spontanée. On a bien cité un cas où le malade était torturé par d'insupportables souffrances, mais cette exception n'infirme pas la règle générale. La maladie, pendant une longue période, est parfaitement indolente, dans la très grande majorité des cas. Elle cesse de l'être quand survient une ulcération de la muqueuse, ulcération qui se produit quand l'augmentation de volume de la langue rend trop intime le contact de cet organe avec quelque chicot, ou bien simplement parce que, la vitalité de la muqueuse étant amoindrie, il se produit de petites mortifications superficielles. A défaut de véritables douleurs existent un certain nombre de troubles fonctionnels, qui d'ailleurs ne sont pas spéciaux à la maladie qui nous occupe, troubles parmi lesquels la gêne de l'élocution tient la première place. Puis vient la difficulté de la déglutition. — Dans certains cas, la tumeur remplit la cavité buccale, masquant parfois d'une façon presque complète la partie saine de la langue, réduite à l'état d'appendice de la tumeur, ou repousse le plancher buccal de façon à déterminer, comme chez le malade de Poncet, la production d'une saillie sus-hyoïdienne.

La pauvreté de cette symptomatologie ne permet pas, en somme, d'arriver rapidement à un diagnostic précis et méthodiquement établi. Si l'on joint à cela que l'affection étant peu fréquente, on est malgré soi exposé à la considérer en clinique comme quantité négligeable, on conçoit que la véritable nature de la tumeur soit souvent méconnue. Cependant une tumeur unique, isolée, siégeant dans l'épaisseur de la langue, indépendante de la muqueuse, évoluant sans douleur sur un sujet jeune, devra, maintenant que l'attention est appelée là-dessus, faire songer au sarcome. Certes, toutes les tumeurs intralinguales pourront donner lieu à des constatations identiques; des lipomes, des kystes, voire des abcès, se présentent dans les mêmes conditions. Quand il s'agit d'une tumeur grasseuse, la coloration jaunâtre qui transparait à travers la muqueuse amincie permet quelquefois de faire le diagnostic, mais entre un fibrome et un sarcome ou un fibro-lipome et un sarcome la distinction est malaisée, de même qu'entre un kyste ou un abcès froid et un sarcome, attendu que le sarcome peut donner la sensation de fluctuation, et le kyste ou l'abcès se présenter avec les caractères d'une tumeur solide. Une ponction exploratrice trouverait alors son indication. L'exploration des ganglions peut aussi apporter une notion utile, mais on peut constater des adénopathies dans la tuberculose linguale comme dans le sarcome. L'évolution, généralement rapide, du néoplasme viendrait dissiper toute hésitation. Heureusement, avec les ressources opératoires de la chirurgie actuelle, on n'a pas besoin d'attendre pour prendre un parti que le diagnostic soit absolument fixé. — Bien qu'il

soit rare de voir des gommés uniques, volumineuses et isolées de la langue, sans lésion de la muqueuse, il est bon d'envisager cette hypothèse dans la discussion du diagnostic, quand le sujet est un adulte, et le moindre doute à cet égard commanderait l'institution d'un traitement d'épreuve, qui, en peu de temps, jugerait la question.

La forme pédiculée ne donne pas lieu à d'aussi grandes incertitudes, et sa physionomie est assez spéciale pour qu'on puisse, dans certains cas, formuler un diagnostic presque ferme. Cette forme pédiculée ne doit jamais être absolument primitive. Elle succède sans aucun doute à un sarcome développé dans l'épaisseur de la langue. Il y a seulement une différence, c'est que dans la forme interstitielle proprement dite, celle que nous venons d'étudier, les tissus qui la recouvrent sont assez épais pour que la tumeur puisse évoluer longtemps sans détruire la muqueuse, et se présenter aux cliniciens avec les apparences d'une tumeur intralinguale, au lieu que, dans celle qui doit actuellement nous occuper, le néoplasme est superficiel, séparé de la muqueuse par une couche très mince de tissus. Ceux-ci sont rapidement détruits, et la tumeur peut se développer du côté de la cavité buccale. Rien ne gênant l'accroissement de cette sorte de fungus, il finit par devenir plus volumineux que la partie intralinguale du néoplasme. L'ulcération rapide de la

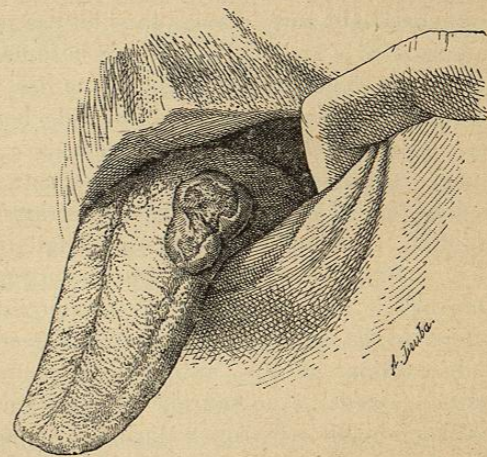


Fig. 19. — Sarcome de la langue. Cas de Berger (d'après MARION).

tumeur, et la saillie qu'elle forme dans l'intérieur de la bouche, attirent l'attention de bonne heure: aussi est-il fréquent d'observer cette forme à une date assez rapprochée du début. Les troubles fonctionnels sont naturellement un peu plus accentués que dans la première. La douleur est ici la règle, bien qu'elle soit encore assez modérée. La surface, ulcérée et végétante, devient la source de petites hémorragies, bornées d'ailleurs à quelques filets de sang. Mais ce sont surtout les signes physiques qui caractérisent cette forme. On observe en effet, en explorant la bouche, une sorte de chou-fleur, une tumeur irrégulière et bourgeonnante (fig. 19), de couleur grisâtre, de volume variable, implantée par une base étroite. Des sillons, parfois assez profonds, lobulent cette masse. Quand elle est volumineuse, elle se moule sur la voûte palatine, ou conserve l'empreinte



des dents voisines. Au pourtour du pédicule de la tumeur, qu'on peut apercevoir en soulevant le bord du champignon sarcomateux, on trouve la muqueuse linguale légèrement modifiée, mais non atteinte. La palpation fait reconnaître au-dessous de cette muqueuse, dans l'épaisseur de la langue, un noyau dense assez bien limité. La partie libre de la tumeur est plus ou moins consistante, généralement assez ferme; sa surface est peu saignante et les explorations ne déterminent pas habituellement d'hémorragies. La salive est fétide, mais cette fétidité est moins accusée que dans le cancer de la langue.

L'engorgement ganglionnaire est assez fréquent, mais il semble que ces adénopathies ne soient pas de nature sarcomateuse. Elles reconnaîtraient alors pour cause des infections secondaires qui se produiraient au niveau de la surface ulcérée.

**Pronostic.** — Marion, qui a compulsé toutes les observations, et a soigneusement noté, d'après tous les cas publiés, la marche et la terminaison de la maladie, assure que, la tumeur enlevée, le malade pourrait rester définitivement guéri, que des opérations répétées dans le cas de récidives, ont pu donner de bons résultats, et cite même un cas où la malignité du sarcome a paru s'atténuer, la vitalité de la tumeur semblant s'amoinrir après chaque intervention. Or, chez ce malade précisément, la récidive subintrante qui avait suivi la première ablation, pourtant fort large, avait fait tout d'abord désespérer du succès. Bref, il arrive à cette conclusion que le pronostic n'est pas trop défavorable. Cette conclusion est empreinte d'un certain optimisme, et bien qu'elle soit basée sur le dépouillement d'un assez grand nombre d'observations, et que l'auteur lui-même ait eu soin de l'entourer de sages réserves, je ne saurais me résoudre à l'accepter, car, comme d'ailleurs le fait remarquer Marion lui-même, elle vient à l'encontre de tout ce que nous savons de la marche ordinaire des sarcomes.

**Traitement.** — Cependant, il me semble qu'il y a là un encouragement à poursuivre avec énergie ces tumeurs, et à les opérer malgré leur volume, malgré l'engorgement ganglionnaire et en dépit de leurs récidives. La constatation de localisations secondaires, attestant la généralisation, sera seule une contre-indication. L'extirpation de la tumeur devra presque toujours être pratiquée par la voie buccale avec ou sans débridement commissural, mais, en tous cas, elle devra être très large. Beaucoup de chirurgiens se sont contentés d'enlever la tumeur et ont laissé les ganglions. Bien que parfois ils aient pu rétrocéder spontanément après l'ablation de la tumeur, prouvant ainsi qu'ils n'étaient pas toujours sarcomateux, il est plus prudent d'en pratiquer aussi l'extirpation, considérant que leur simple augmentation de volume les rend suspects, et que le malade n'a rien à perdre à ce complément de l'intervention.

**Cancer de la langue (1).** — La langue est pour le cancer un siège d'élection. L'épithélioma de la langue est en effet très fréquemment observé. Il n'y a guère de service à Paris où l'on n'en trouve toujours un ou deux. Dans une statistique générale des cancers, l'épithélioma de la langue figure parmi les plus communs, immédiatement après les cancers de l'utérus et de la mamelle, sur le même plan à peu près que ceux des lèvres. Mais un point frappe immédiatement, en comparant les observations, c'est qu'il s'agit presque toujours d'hommes. Il y a une énorme prédominance en faveur du sexe masculin; chez la femme, le cancer de la langue est une exception. Parmi les cas publiés, on en trouve un certain nombre observés chez des femmes, mais c'est précisément à cause de leur caractère anormal qu'ils ont été produits, et le chiffre auquel on arrive en les additionnant est absolument infime, comparé à celui qu'on obtiendrait en réunissant la totalité des cas de cancers observés chez l'homme. Barker, compulsant les statistiques de plusieurs auteurs différents, y trouve 46 femmes sur 293 cas. Cette proportion d'un sur six est certainement exagérée. D'après les rapports statistiques du St. Thomas Hospital, de 1881 à 1893 inclusivement, on trouve 160 cas de cancer de la langue, dont 16 seulement chez des femmes, chiffre qui paraît lui-même bien élevé. En pratique, on est toujours surpris de rencontrer cette affection chez la femme. Des chirurgiens à la tête de grands services dans nos hôpitaux n'en ont jamais rencontré, d'autres n'en ont vu qu'une fois ou deux. Trélat n'en avait recueilli qu'un seul cas. Terrillon s'entourait d'une foule de précautions oratoires pour faire admettre à la Société de chirurgie qu'une femme opérée par lui était bien atteinte de cancer de la langue, et il suffit de lire un certain nombre des observations publiées pour voir qu'elles l'ont été uniquement parce qu'il s'agissait de femmes. Ainsi celles de Denpy, Warrington, Haward, etc. Chauncy Pusey (de Liverpool) en a observé deux en 1892 et les fait connaître parce que ce sont les seuls qu'il ait vus en vingt ans de chirurgie. Encore faut-il faire la part des erreurs de diagnostic, quand il s'agit de cas anciens, où la syphilis et la tuberculose linguales, fort mal connues, pouvaient induire en erreur le chirurgien.

Le cancer de la langue s'observe habituellement chez des hommes de quarante à cinquante-cinq ans; il est exceptionnel chez les vieillards.

(1) MAISONNEUVE, thèse de concours, Paris, 1848. — TH. ANGER, Du cancer de la langue, thèse d'agrégat., Paris, 1872. — WHITEHEAD, *Congrès internat. de Londres*, 1881. — KOCHER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1882. — VERNEUIL, TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1880. — MONOD, *Soc. de chir.*, 1886. — QUÉNU, JALAGUIER, *Soc. de chir.*, 1891. — WOLFLER, *Arch. für klin. Chir.*, 1881. — E. VARNIER, thèse de Montpellier, 1896. — GRELLETY, thèse de Bordeaux, 1891. — HULSMAYER, *Inaugural Dissertation*, Würzburg, 1888. — J. NOETHEN, *Inaugural Dissertation*, Bonn, 1889. — J. MEYER, *Inaugural Dissertation*, Kiel, 1888. — A. SEHLBACH, *Inaugural Dissertation*, Würzburg, 1896.



lards très âgés et très rare chez des individus jeunes. Variot (1) en aurait vu un cas chez un enfant de onze ans.

C'est naturellement chez des arthritiques qu'on l'observe. Presque toujours il s'agit d'hommes vigoureux, robustes et bien nourris.

Le cancer de la langue est toujours primitif. On l'a vu coïncider avec un autre cancer du tube digestif, de l'estomac par exemple. Pour en expliquer le développement, on peut dans ce dernier cas invoquer le mécanisme de la greffe, par transport de parcelles détachées de la surface du néoplasme. Dans d'autres, il faut admettre le développement simultané de deux cancers (2).

Dans quelques observations (Larrey, Demarquay), etc., on aurait noté l'hérédité. Ces faits, qui n'ont en somme rien de particulier au cancer de la langue, seraient peut-être plus communs si la plupart des sujets n'ignoraient à peu près complètement leurs antécédents héréditaires. Les arthritiques procréent des arthritiques, en leur léguant une prédisposition aux maladies que comporte l'état arthritique, et parmi ces affections se trouve le cancer, susceptible de se développer chez un arthritique comme chez ses ascendants sous l'influence de causes encore mal connues.

Il y a en effet des causes déterminantes dont l'importance prime, pour quelques auteurs, la question de terrain. Celle qu'on invoque le plus fréquemment est l'usage ou l'abus du tabac. Usage ou abus, c'est tout un quand il s'agit d'une chose nuisible. Pour ce qui est du tabac, en particulier, il est certain qu'il a sur les muqueuses de la bouche et du pharynx une action irritante incontestable. Mais de là à faire de l'épithélioma de la langue une spécialité des fumeurs, il y a loin. Cependant, depuis que Bouisson a soutenu cette doctrine, elle a toujours trouvé des défenseurs. Bouisson, frappé du grand nombre de cancers des lèvres et de la bouche qu'il avait à soigner à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, rechercha les facteurs étiologiques susceptibles d'influer sur le développement de cette maladie. Il trouva que ces malades, de professions très diverses, menant une vie active ou sédentaire, riches ou pauvres, laborieux ou désœuvrés, avaient ceci de commun qu'ils fumaient. Il en conclut que le tabac est un facteur essentiel dans la genèse de leur maladie, et s'éleva avec véhémence contre cette herbe malfaisante. J'ai lu avec intérêt cet éloquent plaidoyer, qui cependant n'a pas entraîné complètement ma conviction. Car enfin, si l'épithélioma lingual est commun chez les fumeurs, combien plus grand le nombre des fumeurs qui ne deviennent pas cancéreux, malgré une prodigieuse consommation de tabac. Comme le dit Lortet, Bouisson ne nous a montré que le revers de la médaille.

Avant Bouisson cette idée avait été émise, et on avait cru surprendre cette coïncidence entre le cancer et l'usage du tabac. On trouvera à

(1) VARIOT, *Journ. de clin. et thérap. inf.*, 1894.

(2) LETULLE, *Presse méd.*, 1897.

cet égard tous les renseignements nécessaires dans le travail de Lortet. Mais on peut dire qu'en vulgarisant cette opinion, il l'a faite sienne, par son talent et son opiniâtreté à la défendre, et sa conviction profonde à cet égard. Si la diffusion de ces idées sur les dangers du tabac n'a jamais empêché personne de fumer, ni corrigé aucun fumeur, par contre presque tout le monde s'est déclaré convaincu; et les personnes les plus étrangères à la médecine savent qu'il existe un cancer des fumeurs.

Dans une thèse récente, M. Cortyl vient de rajeunir cette doctrine ancienne en l'appuyant de ses observations. Bouisson avait été frappé de la quantité de cancers qu'il rencontrait dans le Midi; Cortyl n'est pas moins frappé du grand nombre de ceux qu'il a pu observer dans le Nord. La cause est la même, l'abus du tabac, l'usage de la pipe.

Dans son travail, d'ailleurs consciencieux et écrit d'après des documents recueillis avec soin, M. Cortyl croit pouvoir établir presque mathématiquement le point où, une pipe étant donnée, doit se développer le néoplasme. Le cancer prendrait naissance à un centimètre et demi en arrière de l'orifice postérieur du tuyau de la pipe et du côté où le fumeur tient habituellement la pipe; le néoplasme se propagerait dans la direction de la fumée, etc. Quand il s'agit d'un édenté qui, ne pouvant maintenir entre les arcades dentaires le tuyau de la pipe, l'enfonce profondément dans la bouche, la langue n'aurait plus rien à craindre. C'est au niveau de l'amygdale que se développerait le cancer des fumeurs!

On a surtout accusé les pipes à court tuyau, le brûle-gueule, pour employer le terme vulgaire, mais compris par tout le monde, et presque passé dans le langage et dans les livres, et il faut reconnaître qu'il réalise toutes les conditions pour que le tabac produise sur la bouche son maximum d'effets délétères. Cortyl consacre aux diverses variétés de pipes un long chapitre, dont je conseille l'utile lecture aux jeunes fumeurs, qui ont besoin d'être guidés et documentés dans le choix d'un instrument convenable pour satisfaire leur vice.

Il y a longtemps qu'on a fait remarquer que les plus grands fumeurs ne sont pas les plus punis, que de temps à autre on voit mourir de cancer de la langue des malheureux qui n'ont jamais fumé, ou si peu qu'en vérité on ne saurait les ranger parmi les fumeurs, que par contre d'autres, en nombre infini, fument toute leur vie toutes les variétés de pipes sans s'en porter plus mal. Les Orientaux, dont le tabac occupe l'oisiveté, sont, dit-on, peu sujets aux cancers buccaux; les femmes bretonnes fument, paraît-il, d'horribles brûle-gueules, sans y être exposées; dans nos colonies, les nègres des deux sexes fument perpétuellement des feuilles de tabac, simplement séchées au soleil et d'une extrême acreté, dans des pipes de terre dont le tuyau est rudimentaire, et cependant chez eux les cancers de la bouche sont d'une extrême rareté. Enfin l'habitude de fumer est si généralement