

répandue, qu'il est tout naturel, en faisant le bilan d'une maladie quelconque, de trouver parmi les sujets qui en sont atteints une grande prédominance de fumeurs.

Il ne faut donc rien exagérer et retenir ce simple fait que le tabac, comme tout irritant des muqueuses buccales, peut, jusqu'à un certain point, agir comme cause prédisposante.

La syphilis, d'après certains auteurs, crée un terrain favorable au développement du cancer; en tant que maladie générale, la syphilis ne saurait être incriminée, mais les lésions tertiaires de la langue seraient susceptibles de faciliter la production du cancer dans cet organe. Cela est possible à la rigueur, mais en réalité les cas que l'on peut invoquer en faveur de cette opinion sont en fort petit nombre. Pour ce qui est des cas hybrides, mélange de syphilis et de cancer, sans nier l'existence éventuelle de pareilles associations, je pense qu'elles doivent être peu fréquentes, et qu'il y a avantage à les laisser provisoirement de côté, me bornant à les mentionner, sans essayer de les décrire.

Le cancer de la langue se développe fréquemment chez des sujets porteurs, depuis plus ou moins longtemps, de plaques blanches, de leucoplasie buccale.

La fréquence de ces plaques sur les lèvres, les joues et la langue est, nous l'avons vu, considérable. Les sujets qui en sont porteurs paraissent présenter pour l'épithélioma une prédisposition particulière. Nous avons déjà attiré l'attention sur cette importante question des rapports de la leucokératose et de l'épithélioma. Rappelons que si la coïncidence fréquente des deux affections est admise sans conteste, on discute encore sur la façon dont il faut interpréter l'évolution des lésions. S'agit-il d'un accident fortuit, la leucoplasie facilitant seulement à ce niveau le développement du cancroïde? ou, au contraire, d'une transformation directe de la plaque blanche en épithélioma? La question a été tranchée dans les deux sens. Mais la dernière opinion tend à prévaloir. Elle a été soutenue par M. Le Dentu dans un remarquable mémoire, dont Cestan et Pettit viennent, tout récemment, d'appuyer les conclusions.

Ils pensent que « toute plaque leucoplasique semble devoir presque fatalement évoluer vers le néoplasme, soit par dégénérescence cancéreuse au niveau d'une fissuration, soit par transformation épithéliomateuse proprement dite des éléments leucokératosiques » et considèrent « la dégénérescence cancéreuse, non pas comme un simple accident de la leucokératose, mais bien plutôt comme un stade évolutif ultime de celle-ci ».

Enfin, pour en finir avec ces considérations étiologiques, il nous faut ajouter qu'on a cru pouvoir soupçonner quelques cas de cancers de la bouche, en général, et de la langue, en particulier, d'avoir été transmis par contagion. De Richter cite un médecin belge qui suc-

comba à un cancer de la langue, après avoir reçu dans la bouche un fragment d'épithéliome labial. Franchomme nous parle d'un malheureux atteint d'un épithéliome buccal pour avoir hérité de la pipe de son oncle mort d'un cancer des fumeurs. Un autre pauvre diable, pour avoir fumé la pipe de son frère, atteint de cancer de la base de la langue, aurait contracté la même maladie.

M. Guermontez pense que les verres malpropres des cabarets, qu'on se contente de tremper dans une eau douteuse et d'essuyer vaguement d'un linge crasseux, peuvent transmettre l'affection, quand le hasard fait boire un individu, en état de réceptivité, après un cancéreux. Quelques cellules laissées par la salive de ce dernier pourraient ainsi se greffer dans la bouche du sujet sain et y déterminer un cancer. MM. Guermontez et Cortyl en concluent à la nécessité de prendre des mesures sérieuses au sujet de ces verres, qui, à cause même de leur banalité, devraient être l'objet d'une surveillance toute spéciale. Rien de mieux, mais pour ce qui est du fait même de la transmission du cancer dans ces conditions, il ne paraît pas le moins du monde établi sur des preuves incontestables.

Dans ces questions obscures, on ne peut accepter comme vérités démontrées que celles qui reposent sur des faits nombreux et rigoureusement observés (1).

Les greffes cancéreuses sont possibles, elles constituent même un mode fréquent de dissémination des épithéliomas du tube digestif, mais s'il s'agit de greffes sur le sujet lui-même, c'est-à-dire sur son organisme en état de réceptivité morbide idéale; la matière d'ensemencement est fournie constamment, en abondance, et ces greffes se font d'ordinaire sur les muqueuses revêtues d'épithéliums cylindriques, estomac et intestin.

Il s'en faut de beaucoup que des circonstances aussi favorables se retrouvent dans le cas que nous supposons tout à l'heure.

Anatomie pathologique. — Nous avons jusqu'ici employé indifféremment les termes de cancer et d'épithélioma. C'est qu'en effet le cancer de la langue se présente toujours sous la forme d'épithélioma.

On décrivait autrefois dans cet organe toutes les variétés de cancer, erreur dont on a fait depuis longtemps justice. Si, de temps à autre, on rencontre un cas présentant la forme histologique du carcinome, ces faits exceptionnels ne sauraient influencer la règle générale s'appliquant à l'immense majorité des faits.

Bref, depuis la remarquable thèse de Théophile Anger (2), cette notion s'est vulgarisée et ne fait plus aucun doute pour personne. Je m'abstiendrai donc de reproduire ici les controverses auxquelles a donné lieu ce point d'anatomie pathologique. Il s'agit toujours d'un

(1) Voy. CAZIN, thèse de Paris, 1894.

(2) THÉOPHILE ANGER, thèse d'agrégation, 1872.

épithéliome pavimenteux qui prend naissance aux dépens des couches profondes de l'épithélium de la muqueuse.

A la muqueuse de la langue sont annexées des glandes qui siègent au niveau de la base, des bords et de la pointe. Partout les glandes sont fréquemment le point de départ d'affections malignes, et l'on pourrait supposer qu'ici elles ne font pas exception, et doivent être parfois l'origine des cancers de la langue. Cette supposition n'a pas été confirmée par les recherches de Robin et de Thiersch et l'on a admis que tous les cancers prennent naissance aux dépens de l'épithélium de la muqueuse. Cependant, tout n'est peut-être pas dit là-dessus. Certains cas semblent établir d'une façon nette l'existence d'un cancer d'origine glandulaire ; ces faits doivent être assez rares, mais la question mériterait d'être reprise, et de nouvelles recherches apporteraient peut-être sur ce point délicat une solution définitive.

La muqueuse de la langue appartient au groupe des muqueuses dermo-papillaires ; l'épithéliome et le chorion s'unissent par des surfaces hérissées de saillies que séparent des dépressions. Les saillies du chorion sont les papilles, les dépressions les sillons interpapillaires. Or l'épithélium qui revêt ces papilles, et comble ces sillons, serait susceptible de donner naissance à deux variétés un peu distinctes, suivant que la prolifération atypique se fait au niveau des papilles ou au niveau des sillons. Dans le premier cas, l'épithéliome est dit superficiel ou papillaire, dans le second profond ou interstitiel. Le premier aurait tendance à s'étaler en nappe, le second à s'infiltrer en profondeur, laissant pendant quelque temps la muqueuse dans une apparente intégrité.

La première variété a souvent pour origine les plaques blanches de la muqueuse buccale. Sur les préparations il n'est pas toujours facile d'interpréter les lésions, faute de tomber sur des points où elles présentent un aspect caractéristique. Trélat cite un cas où une seule préparation, sur un nombre considérable, avait pu mettre en évidence deux globes épidermiques, dont l'un même n'était pas absolument typique. Tant qu'il y a seulement prolifération épithéliale, il n'y a pas encore épithéliome ; mais aussitôt que les cellules sont atypiques et s'enfoncent en forme de bourgeons dans la profondeur, la néoplasie maligne est constituée. Dans cette variété, l'affection a tendance à s'étaler en surface, envahissant de proche en proche les parties superficielles en même temps qu'elle gagne en profondeur.

Dans la seconde, qui part du fond des espaces interpapillaires, les couches superficielles de la muqueuse ne sont pas immédiatement envahies sur une grande étendue ; les lésions s'infiltrent dans l'épaisseur de la couche musculaire, et forment une masse d'abord sous-muqueuse. Au bout de peu de temps, d'ailleurs, ces distinctions sont superflues : dans le premier cas, le néoplasme ne tarde pas à s'infiltrer dans la profondeur ; dans le second, à envahir la muqueuse, et les

lésions deviennent à peu près identiques. La tumeur, de volume variable, forme une masse à limites indécises qui, sur la coupe, présente un aspect blanchâtre, dont la consistance est ferme, et qui adhère par toute sa périphérie au tissu de la langue. Au microscope, on y trouve les lésions ordinaires de l'épithélioma, stroma conjonctif, boyaux épithéliaux, îlots de cellules qui, sur la coupe, se présentent sous forme de cercles, et dont l'aspect est très caractéristique. Dans certains cas, le stroma conjonctif s'épaissit beaucoup et l'on peut avoir des alvéoles séparés par des travées épaisses, et remplies de cellules épithélioïdes, qui donnent l'aspect du carcinome, et répondent en effet à une forme que nous retrouverons à la clinique et où la langue est atrophiée et squirreuse.

Le cancer est généralement unilatéral. « Il est sans exemple, dit Th. Anger, que le cancer se soit développé à la fois et indépendamment dans les deux moitiés de la langue. » On a vu cependant des cas où le cancer était double, bilatéral. C'est ce qui s'était produit chez un malade de Vidal, dont le moulage est déposé au musée de Saint-Louis, et chez celui de Trélat.

Pendant toute son évolution, le cancer n'occupe habituellement que la moitié de la langue où il a pris naissance. La cloison antéro-postérieure, qui sépare la langue en deux moitiés distinctes, serait en grande partie la cause de cette évolution localisée. Le fait, qui est d'observation courante, n'est pas douteux. C'est l'explication qui est plus contestable. Cette cloison, dont Trélat mettait en doute l'existence, n'est qu'une toile celluleuse difficile à mettre en évidence par la dissection, et même au niveau de la racine de la langue il n'y a sûrement pas de cloison, mais un interstice rempli de tissu cellulaire extrêmement lâche et chargé à sa partie supérieure d'une traînée graisseuse. Le cancer, qui ne respecte rien, arrêté par cette fragile barrière !

Si limitée que paraisse une lésion, on trouve presque toujours à distance, dans les interstices musculaires, des éléments épithéliaux, gages certains de récurrence, si l'extirpation n'est pas très large, énorme, et en apparence disproportionnée avec les lésions que la clinique a fait constater.

Le cancer de la langue peut se développer en un point quelconque de la langue, mais on peut dire qu'il y a deux sièges d'élection, la partie moyenne des bords, et la base de la langue, au niveau du sillon glosso-amygdalien. Dans ce dernier cas, l'épithéliome infiltre rapidement le pilier antérieur du voile du palais et se propage vers le pharynx : dans le premier, c'est le plancher de la bouche qui est rapidement menacé.

Le côté gauche, sans qu'on en puisse fournir la raison, paraît un peu plus prédisposé que le droit.

Les ganglions lymphatiques sont toujours envahis de bonne heure,

quand, dans leur territoire, se développe une production épithéliale. Cette loi trouve ici son application directe. Bien avant d'être appréciables par l'exploration clinique, les ganglions peuvent être infectés, dégénérés, et leur abandon frappe d'insuccès toute opération uniquement dirigée contre la tumeur elle-même. Cette notion est de la plus haute importance. Trélat disait : « Quand il n'y a pas de ganglions, j'opère; quand il y en a, je m'abstiens ». Cette formule doit être modifiée, car il faut admettre que toujours les ganglions sont suspects sinon malades, et accepter une règle, aujourd'hui banale pour le cancer du sein, c'est-à-dire que toute opération régulière et méthodique dirigée contre l'épithélioma de la langue doit comprendre : l'ablation de la tumeur, des ganglions et des voies lymphatiques intermédiaires.

Ce point est d'autant plus important que le cancer de la langue ne se généralise pas : il gagne de proche en proche, mais ne présente aucune manifestation viscérale. Desprès a bien parlé, à la Société de chirurgie, de métastase, de généralisation jusque dans les ganglions du mésentère, mais sans fournir la moindre preuve à l'appui de son assertion. Quelques observations prouvent toutefois qu'à titre exceptionnel on peut rencontrer des cas de généralisation. Le fait que M. Weill (1) a récemment présenté à la Société anatomique est de ce nombre. Chez un malade qui était mort d'un épithélioma lingual, le myocarde contenait dans son épaisseur un noyau cancéreux, présentant une structure identique à celle de la tumeur primitive. De même celui que M. Jeanne (2) vient de citer à la même Société anatomique. Le cancer s'était généralisé au poumon, à la plèvre et au myocarde.

Dans l'immense majorité des cas, la mort survient alors que l'infiltration néoplasique n'a pas dépassé les ganglions du cou. Si l'on en croit la description que donne Sappey des lymphatiques de la langue, les ganglions envahis devraient être toujours les carotidiens. L'observation clinique montre cependant que les ganglions sous-maxillaires sont toujours les premiers envahis, et pendant longtemps les seuls.

Les ganglions situés dans la même loge que la glande sous-maxillaire, en contact intime avec les lobules de cette glande, parfois enchâssés dans son épaisseur, lui adhèrent rapidement, et, au point de vue opératoire, glandes et ganglions forment une masse suspecte et solidaire, qu'il faut toujours enlever d'un bloc et en totalité.

Signes. — Il est assez rare d'observer les cancers de la langue, encore tout au début.

Ignorés du malade, ou considérés par lui comme chose insignifiante, ils présentent déjà presque toujours un notable volume quand le

(1) WEILL, *Soc. anat.*, 1897.

(2) JEANNE, *Soc. anat.*, 1897.

chirurgien est amené à en faire l'examen, surtout quand il s'agit d'hommes du peuple, insoucians et peu disposés à se soigner tant qu'ils ne souffrent point.

Cela est surtout vrai pour la forme interstitielle qui, ne s'accompagnant pas tout d'abord d'ulcération de la muqueuse, est plus longtemps indolente.

D'ailleurs l'aspect de l'épithélioma à son début peut être très variable : simple fissure à bords indurés, noyau sous-muqueux, induration enchâssée dans l'épaisseur de la muqueuse, plaque de leucoplasie graduellement modifiée. Ce dernier mode de début est un des plus communs et répond au type ordinaire de l'épithéliome papillaire. Sur une langue affectée depuis longtemps de psoriasis, une des plaques blanches devient plus épaisse, plus irrégulière, et bientôt s'ulcère. Cette ulcération, d'abord sans grand caractère et susceptible d'être confondue avec une ulcération simple, prend peu à peu la physionomie spéciale à l'épithélioma, et les tissus linguaux sous-jacents, rapidement infiltrés, ne tardent pas à former tumeur. Quel que soit son mode de début, quand la maladie arrive à la période d'état, les signes physiques et fonctionnels sont à peu près identiques.

La langue est augmentée de volume et déformée. La moitié qui est le siège de l'affection, double ou triple de volume et remplit presque la cavité buccale. La partie saine de la langue, refoulée et déviée, se montre comme une annexe sur le côté de la tumeur, qui constitue la masse principale.

Cette partie saine a conservé sa couleur et sa souplesse normales; elle est souvent agitée de mouvements fibrillaires, et peut changer de volume et de forme. La partie occupée par la tumeur est immobile.

On observe à sa surface un, deux ou plusieurs points ulcérés. Bientôt ces ulcérations se fusionnent pour former une large perte de substance, profondément creusée, à bords irréguliers et déchiquetés, à fond grisâtre, couverte de débris sphacéliques, ou d'un ichor sanieux et fétide.

Au pourtour de la grande ulcération, on voit de petites saillies où la muqueuse amincie et comme transparente laisse voir la coloration d'un blanc jaunâtre de la substance cancéreuse. Ces petites saillies s'ouvrent à leur sommet, et la pression fait sourdre par chacun des pertuis ainsi formés de petites masses blanches, allongées, vermiformes. C'est la matière cancéreuse, ramollie, qui, sortant par l'orifice encore étroit, s'est comme étirée à la filière. Cet orifice s'agrandit par mortification graduelle et désagrégation des tissus à son pourtour, et l'ulcération qui en résulte s'unit bientôt à l'ulcération principale.

Tout au pourtour de cette dernière, la muqueuse est lisse et comme dépourvue de papilles, d'une coloration d'un rouge violacé à

la périphérie de la tumeur, plus pâle et striée de petites veines au voisinage de l'ulcération cratériforme. La palpation fait reconnaître, dans toute l'étendue de la tumeur, une dureté ligneuse.

On ne peut imprimer à la muqueuse le moindre déplacement à la surface de la tumeur; celle-ci, d'ailleurs, adhère aux tissus environnants, et fait corps avec eux.

Quand la tumeur a pris les proportions que nous venons d'indiquer, il est bien rare qu'elle n'ait pas encore envahi le plancher de la bouche et les ganglions.

Cet envahissement se reconnaît tout

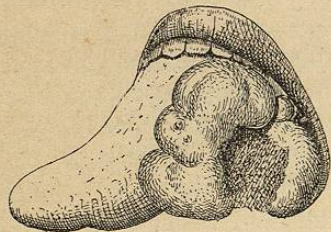


Fig. 20. — Cancer de la langue (d'après BUTLIN).

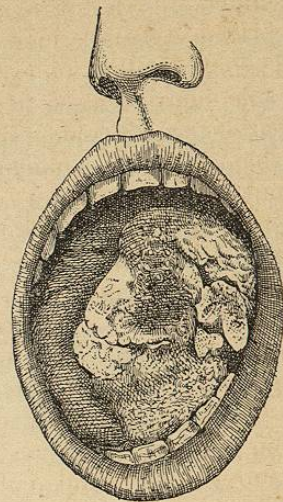


Fig. 21. — Cancer de la langue (d'après BUTLIN).

d'abord à la limitation ou à la suppression des mouvements de la langue. L'exploration digitale révèle en outre l'induration et la rigidité du plancher.

Une légère augmentation de consistance, une moindre dépressibilité de la région sous-maxillaire, c'est d'abord tout ce que l'exploration permet de reconnaître de ce côté. Peu à peu des saillies ganglionnaires plus nettes se dessinent, et comme il arrive toujours en pareil cas, les ganglions, d'abord isolés et mobiles, forment rapidement une masse volumineuse, indolente et dure, dont l'aspect et la consistance sont caractéristiques.

Les signes fonctionnels, quand il existe des lésions aussi étendues, sont toujours très marqués.

L'augmentation de volume et la rigidité de la langue la rendent d'abord maladroite, rendent difficile la mastication, la déglutition et l'élocution. La salivation est exagérée, et ce symptôme est d'autant plus pénible que le malade a plus de peine à avaler sa salive. Tous ces symptômes s'aggravent quand l'infiltration atteint le plancher buccal et que la langue est à peu près immobile. Les débris cancéreux se mêlant à la salive lui communiquent une odeur infecte, qui dépasse parfois tout ce qu'on peut imaginer. Un malheureux, recueilli dans le service de Verneuil, avait été chassé par sa femme de la maison conjugale, à cause de l'odeur effroyable qu'il exhalait.

Précoce ou tardive, la douleur ne manque jamais, pour ainsi dire, et si parfois elle est modérée et tolérable, le plus souvent elle revêt un caractère d'acuité qui rend le sort de ces malades extrêmement misérable. Il y a tout d'abord des douleurs au niveau même du néoplasme et dans la moitié correspondante de la langue. Ces douleurs sont réveillées ou exacerbées par les mouvements ou les tentatives de mouvements de la langue, par la mastication, la déglutition, la parole, par le contact de certains aliments irritants, mais elles surviennent aussi spontanément, lancinantes, pulsatives, cuisantes, offrant en somme toutes les variétés. Très souvent elles présentent des irradiations à distance dans tout le territoire du trijumeau. Quand le maxillaire est envahi, on peut voir survenir des douleurs dentaires d'une terrible acuité.

Mais ce qu'il est commun d'observer, c'est une douleur spéciale, encore mal connue dans sa pathogénie, la *douleur de l'oreille*. Cette otalgie, qui manque rarement, est une des plus pénibles manifestations de la douleur dans le cancer de la langue; son intensité est parfois excessive et elle résiste souvent à toutes les médications.

Naturellement les différentes sensibilités sont plus ou moins altérées, modifiées et perverties, dans toute l'étendue de la langue occupée par la tumeur, et même dans son voisinage. Mais ce sont là des signes de peu d'intérêt.

La surface ulcérée du néoplasme peut donner naissance à des hémorragies, généralement de peu d'importance, mais parfois abondantes et même très abondantes.

La difficulté de l'alimentation, les douleurs, l'insomnie, amènent un amaigrissement rapide. Puis survient la cachexie, avec la teinte jaune caractéristique. Les ganglions envahis grossissent rapidement, adhèrent à la peau, qui finalement s'ulcère, et le malade succombe quinze ou dix-huit mois après le début de son affection, quand elle a été abandonnée à elle-même.

Cette terminaison par cachexie est la règle; parfois c'est une hémorragie, une pneumonie septique ou des accidents d'asphyxie qui amènent la mort. Parfois aussi les douleurs atroces conduisent le malade au suicide.

Dans un cas que j'ai observé à Broussais, la tumeur, située au niveau de la partie postérieure de la langue, entraînait en contact avec le voile du palais. En ce point se développa sur le voile une plaque cancéreuse, comme s'il y avait eu une greffe à ce niveau.

Cette forme, dans laquelle la langue est augmentée de volume en même temps que creusée d'une large et profonde ulcération, est la forme habituelle.

Mais, assez fréquemment on rencontre des cancers à forme proliférante, hypertrophique, la tumeur formant alors un gros champignon bourgeonnant à large base.

Il est moins fréquent de rencontrer des squirres de la langue. L'existence de cette forme n'en est pas moins parfaitement établie. J'ai eu occasion d'en observer un cas, où la moitié malade de la langue contrastait tellement par son petit volume avec le côté sain que le chirurgien, à un premier et sommaire examen, avait pris le côté sain pour le côté malade et songé à une glossite. Ce qu'il y a de plus frappant, en effet, dans ces cas, c'est la rétraction des tissus malades. Le néoplasme s'ulcère plus tardivement que dans les cas ordinaires et cette ulcération progresse avec lenteur.

Pronostic. — Le pronostic est d'une effroyable gravité, d'une gravité telle que pendant longtemps la maladie a passé pour incurable. Abandonnée à elle-même, elle conduit fatalement le malade à une mort certaine.

Les opérations chirurgicales, même précoces, même étendues, sont elles-mêmes trop souvent impuissantes à en arrêter la marche. Les efforts du chirurgien restent stériles ; les interventions les mieux conduites peuvent demeurer sans résultat ; et Desprès déclarait qu'il « n'appartient qu'aux charlatans de dire qu'ils guérissent le cancer », que les chirurgiens dignes de ce nom « savent que le cancer est une maladie organique qui, quand elle commence, ne guérit jamais » et « mettait au défi » de lui montrer un malade guéri. Certes, les cas sont rares où l'on ait pu obtenir des résultats durables, mais c'est aller trop loin que d'en nier la possibilité. Il existe heureusement quelques exemples de guérison, qui rendent moins sombre le pronostic de cette triste maladie. Verneuil pouvait dire sans exagération : « J'affirme que nous guérissons le cancer de la langue », et Trélat, insistant sur la marche toute locale de l'affection, montrait avec raison que si, à un moment donné de son évolution, on pouvait supprimer le mal tout entier, on devait en obtenir la guérison. On peut dire que les travaux plus récents viennent à l'appui de cette doctrine consolante, et que les résultats qu'on peut obtenir aujourd'hui par les interventions chirurgicales ont certainement amélioré le pronostic général du cancer de la langue. Verneuil, Trélat, Delens, Le Dentu et d'autres avaient déjà cité des succès très remarquables, lors de la discussion de 1880 à la Société de chirurgie. Depuis, ces faits se sont multipliés, et l'on connaît aujourd'hui bon nombre de survies si longtemps prolongées qu'elles peuvent passer pour des cas de guérison.

Diagnostic. — Quand le cancer de la langue est arrivé à ses dernières périodes, qu'il s'accompagne d'infiltration du plancher de la bouche et des ganglions, il ne saurait y avoir aucun doute sur le diagnostic qui d'emblée s'impose, les signes étant au grand complet et formant un ensemble absolument caractéristique. Mais il n'en va pas de même dans les premiers stades de l'affection.

Il peut être, par exemple, fort délicat de reconnaître la transformation d'une leucoplasie en épithélioma. Quand la plaque devient-elle

épithéliomateuse ? où commence l'épithélioma ? Sans doute il arrive un moment où des signes évidents et presque grossiers lèvent toute hésitation. Mais c'est de bonne heure qu'il faudrait être fixé pour intervenir d'une façon absolument précoce. Je viens d'observer un malade à Broussais dans ces conditions. Sur sa langue couverte de leucoplasie s'étaient développées trois ulcérations de la largeur de l'ongle ; ces ulcérations, à bords irréguliers, très légèrement creusées, ne reposaient pas sur une base positivement indurée, mais tout autour la muqueuse, siège de lésions leucoplasiques, était plus ferme qu'à l'ordinaire. Pas de douleur, pas de ganglions, ces ulcérations résistaient à tous les topiques, et grandissaient malgré des soins minutieux de la bouche et la suppression de tout ce qui aurait pu les entretenir. Il était véritablement impossible de dire que ces ulcérations étaient bénignes ou malignes. Je penchai toutefois vers la première hypothèse, à cause de leur nombre et de leur lente évolution. Deux d'entre elles furent enlevées au bistouri. Les plaies, suturées, réunirent par première intention. Les pièces examinées par un histologiste, on nous affirma qu'il était très probable que nous étions en présence d'un début d'épithélioma. Le malade fut vite recherché pour subir l'extirpation de la troisième petite ulcération. Mais celle-ci avait guéri spontanément. Nous en étions surpris, quand un deuxième histologiste, examinant les pièces, se montra plus rassurant que le premier en nous affirmant qu'il n'y avait point de lésions caractéristiques et qu'il s'agissait d'ulcération simple. Dans un grand nombre de circonstances, la meilleure façon de sortir d'embarras, c'est d'extirper toute plaque leucoplasique suspecte, et de faire largement cette extirpation. La plaque devient suspecte quand elle présente en un point un aspect papillomateux ou des exulcérations rebelles aux traitements anodins, ou des fissures à bords indurés, à plus forte raison quand elle s'épaissit et repose sur un noyau induré situé dans l'épaisseur du tissu de la langue.

Indépendamment de ces cas où l'on a affaire à une lésion tout au début, les conditions dans lesquelles on peut avoir à discuter et à établir le diagnostic de cancer de la langue, permettent de les répartir en deux groupes. On a affaire à une ulcération, ou à une tumeur non ulcérée encore. Dans le cas d'ulcération, on est obligé d'envisager toutes les lésions ulcéreuses possibles de la langue, dans le second de faire la part de toutes les tumeurs intralinguales. Ces diagnostics sont généralement faciles dans les livres. C'est au pied du mur, c'est-à-dire au lit du malade, qu'on sent toute la difficulté qu'il y a parfois à prendre un parti.

Deux maladies surtout peuvent simuler l'ulcération du cancer, la syphilis et la glossite localisées d'origine dentaire. Il y a bien longtemps qu'on a signalé les ulcérations étendues et rebelles, reposant parfois sur une base indurée, et que tiennent sous leur dépendance