

ou dans un alvéole antérieurement déshabité, cette période prémonitoire fait défaut et la tumeur constitue le premier symptôme.

On voit d'abord apparaître une petite excroissance lisse, arrondie, rouge, adhérente à l'os, grosse comme un pois, et se développant lentement, généralement sessile. Il est assez rare que son volume dépasse beaucoup celui d'une cerise : la gêne mécanique de la mastication est en effet assez marquée, et les malades viennent de bonne heure trouver le chirurgien. Il en est, toutefois, dont l'incurie est grande et qui laissent s'accroître une tumeur qui gagne vers les deux faces de la gencive et en même temps vers le bord inférieur de l'arcade alvéolaire, en se moulant sur la joue, sur la langue, sur les dents voisines. Liston cite même un sujet chez lequel une épulis fibreuse, vieille de huit ans, avait pris un développement tel que le nez disparaissait dans sa tuméfaction.

Au début, la tumeur est généralement lisse, ferme, rouge. Plus tard, sa consistance varie suivant sa structure, et en particulier les tumeurs à myéloplaxes se caractérisent, dans les cas typiques, par une couleur brunâtre, d'un rouge obscur, livide ou violacé, par une grande mollesse, allant parfois jusqu'à la pseudo-fluctuation, et, dans ces derniers cas, la tumeur peut être télangiectasique et pulsatile.

La gencive le plus souvent est saine au niveau d'une épulis. C'est par action purement mécanique que les dents sont chassées de leurs alvéoles, et, cela fait, le néoplasme n'a guère de tendance à l'ulcération. Parfois un enduit pulvace fait croire à une perte de substance : l'erreur est vite rectifiée si l'on gratte avec une spatule la surface suspecte. Cependant O. Weber parle de malades chez lesquels la muqueuse, très distendue, s'est sphacélée.

Le trouble fonctionnel principal est la gêne mécanique de la mastication. Une fois la tumeur sortie de l'alvéole, l'indolence est la règle, spontanément et à la pression. C'est à titre d'exception que je mentionnerai une observation de Hulke (*) où une petite épulis fut la source d'hémorragies profuses.

Diagnostic. — Tant que la tumeur est intra-alvéolaire, elle ne sera différenciée d'une tumeur dentaire qu'après ablation de la dent douloureuse.

Une fois la tumeur épanouie au dehors, les erreurs sont à l'ordinaire faciles à éviter. Les fongosités des gencives peuvent se développer au point de former de vraies masses papillaires, parfois appelées à tort polypes des gencives. Mais elles sont d'origine inflammatoire, causées et entretenues par des caries pénétrantes ; elles saignent facilement et suppurent.

Les tumeurs érectiles ressemblent au premier abord aux tumeurs à myéloplaxes, comme elles violacées et quelquefois partiellement pulsatiles. Mais les tumeurs érectiles sont congénitales, réductibles, et quand elles sont pulsatiles elles le sont dans toute leur étendue.

L'épithéliome se reconnaît à ses tendances ulcéreuse, végétante et envahissante, aux douleurs qu'il détermine, à l'engorgement ganglionnaire dont il ne tarde pas à s'accompagner.

Après avoir établi qu'on est en présence d'une épulis, il faut, autant que possible, diagnostiquer sa variété. Nous avons déjà esquissé les caractères objectifs propres à la tumeur à myéloplaxes. Quant aux sarcomes fuso-cellulaires et globo-cellulaires, leurs différences de consistance, de vascularisation, d'évolution, sont bien peu appréciables.

(*) HULKE, *Lancet*, London, 1882, t. I, p. 347.

Pronostic. — L'épulis est une tumeur ordinairement bénigne. Son accroissement est lent, l'engorgement ganglionnaire est exceptionnel et en tout cas très tardif, la santé générale n'est en rien altérée, même au bout de plusieurs années. Il ne faudrait pas, toutefois, affirmer la constance de cette bénignité, de ce contraste avec l'ostéosarcome des mâchoires. Après ablation d'une épulis, Le Fort, Terrillon, ont observé la mort par généralisation osseuse, selon l'évolution des ostéosarcomes les plus malins ; dans un cas de Chr. Heath, la récurrence a eu lieu avec transformation épithéliomateuse, et peut-être faut-il faire intervenir parfois, dans les faits de ce genre, les débris épithéliaux dont on a signalé l'inclusion dans la masse morbide.

Après ablation large, la tumeur ne se reproduit en général pas et la récurrence locale n'a été observée que 3 fois sur 18 dans la statistique de Czerny publiée par Melville Wassermann⁽¹⁾. Ces récurrences sont même, à vrai dire, plutôt des continuations du mal, incomplètement détruit, comme le déclaraient déjà les auteurs du *Compendium*, et la plupart du temps on les évite si l'on dépasse largement les limites du néoplasme.

Traitement. — Je passerai sous silence les tentatives anciennes de ligature en masse, de cautérisation. De même pour l'électrolyse.

Un seul traitement mérite d'être conservé : l'ablation de la tumeur, avec destruction soignée de son point d'implantation. Si donc l'épulis empiète sur les deux faces de la gencive, si elle a érodé la substance osseuse, on n'hésitera pas à pratiquer à la pince coupante la résection du rebord alvéolaire. Mais quand l'implantation est limitée à un alvéole, on peut être plus conservateur et se contenter, après excision des parties molles, de ruginer, de ruginer l'alvéole à la gouge ; Eug. Nélaton, Magitot, ont même conseillé simplement la cautérisation au chlorure de zinc ou à l'acide chromique, ce qui est insuffisant.

Si la section osseuse saigne, la compression y pare presque toujours ; en cas d'échec, on aurait recours au fer rouge.

Après ces opérations, on assurera l'antisepsie buccale, dans la mesure du possible, par des lavages avec des solutions d'acide borique, de chloral.

Après cicatrisation, si la perte de substance est large, l'application d'une pièce prothétique sera parfois indiquée.

D. — HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DES GENCIVES

L'hypertrophie congénitale des gencives est une maladie très rare, encore mal connue. On en avait déjà publié quelques observations éparses, oubliées, lorsqu'elle a été nettement décrite pour la première fois par Salter, en 1859⁽²⁾. D'ailleurs, malgré Salter, Chr. Heath n'admet pas que la lésion soit congénitale et dans les cas qu'il a observés, elle n'existait pas à la naissance.

L'hypertrophie peut être limitée à un segment d'un bord alvéolaire, à une des faces des gencives, mais en général tout le bord gingival, et même aux deux

(1) MELVILLE WASSERMANN, Dissert. inaug. de Heidelberg, 1887, et *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1886-1887, t. XXV, p. 568.

(2) CLIET, *Observations méd.-chir.*, Lyon, 1823, p. 2 et 50. — GROSS, *Louisville Rev.*, 1856, t. I, p. 232. — MAC GILLIVRAY, *Aust. med. Journal*, Melbourne, 1871, t. XII, p. 259. — MURRAY, *Med. chir. Transact.*, London, 1873, t. LVI, p. 255. — HEATH, *Transact. of the odont. Soc.*, 1879, t. XI, p. 18. — HEATH, *Brit. med. Journal*, London, 1897, t. I, p. 1073.

mâchoires à la fois, est occupé par une masse lobulée, ferme, insensible, rosée, faisant saillie entre les lèvres écartées et empêchant l'occlusion de la bouche; et dans cette masse sont enfouies les dents, quand on observe le sujet après leur issue. Les dents, en effet, ne sont pas entravées dans leur éruption, et Salter dit même qu'elles peuvent avoir un volume et une précocité insolites.

On constaterait cette hypertrophie dès les premiers mois qui suivent la naissance, et surtout après la naissance elle subirait un accroissement quelquefois rapide, ainsi qu'en témoigne une observation de Canton.

Du côté des parties molles, un des faits les plus nets est un développement considérable des papilles. Dans les cas d'Erichsen, de Magitot, l'hypertrophie était limitée aux parties molles; mais le plus souvent, au dire de Salter, Canton, Gross, il y a participation du rebord alvéolaire.

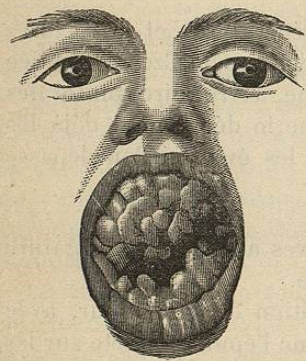


FIG. 55. — Hypertrophie congénitale des gencives. (Follin et Duplay.)

L'étiologie est des plus obscures. On a noté, toutefois, certaines coïncidences: Salter, celle de l'épilepsie; Mac Gillivray, celle de la scrofule; Gross, celle du rachitisme; Canton, celle de l'idiotie. D'autre part, et ici il semble y avoir quelque similitude de processus, Salter a vu que chez son malade il y avait tendance à l'hypertrophie de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils; dans un cas de J. Murray, il y avait production concomitante de molluscums fibreux.

Le traitement consiste à exciser et à cautériser les parties hypertrophiées, en plusieurs séances au besoin. Mac Gillivray a dû réséquer en même temps le bord alvéolaire d'un coup de pince de Liston. Son opéré ne semble pas avoir eu de récidive, mais il n'a pas été suivi pendant assez longtemps pour qu'on puisse l'affirmer, car chez celui de Gross elle survint au bout de quatre ans.

CHAPITRE V

MALADIES DE LA LANGUE⁽¹⁾

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

A. — PLAIES

On observe à la langue des plaies par instruments piquants, tranchants et

⁽¹⁾ Outre les traités classiques et les articles des dictionnaires, on consultera diverses monographies sur les maladies chirurgicales de la langue, et en particulier: JOHNSON, *Diseases of the tongue. Med. chir. Review*, London, 1843, t. XLIII, p. 537. — LENOËL, Thèse de Paris, 1851, n° 96. — BEAUREGARD, Thèse de Strasbourg, 1857, 2^e série, n° 391. — F. CLARKE, *A treatise on the diseases of the tongue*, London, 1875. — GAMBERINI, *Tratt. delle mal. della lingua*, Bologna, 1879. — BUTLIN, *Diseases of the tongue*, London, 1885, trad. française par D. Aigre, Paris, 1889.

contondants; parmi les plaies contuses, il faut faire une place spéciale aux morsures.

1^o Plaies par instruments piquants. — Chez quelques malades, un instrument pointu tenu dans la bouche a été enfoncé dans la langue par un choc, par une chute; c'était un crochet à ouvrage, une aiguille à tricoter chez des malades de Demarquay⁽¹⁾, de Brasdor; c'est presque une plaie par instrument piquant lorsque le corps enfoncé est un morceau de bois, un tuyau de pipe. Il est plus fréquent qu'un sujet se pique la langue avec une épingle gardée dans la bouche. Mais surtout ce qui n'est pas rare, c'est la *piqûre* produite pendant le repas, par la fourchette, par des arêtes en mangeant du poisson, et, dans un fait de Gibb, par une aiguille accidentellement contenue dans la nourriture.

Les arêtes s'implantent dans n'importe quel point de la langue, et c'est dans la base que se ficha l'aiguille de Gibb. Mais sauf cela, c'est la partie libre qui est atteinte dans la grande majorité des cas.

La lésion presque toujours est très superficielle; tout se borne à une douleur assez vive, mais vite passée et à quelques gouttes de sang. Mais chez la femme observée par Brasdor, l'hémorragie fut assez inquiétante et il fallut le fer rouge pour l'arrêter. Enfin, dans quelques cas, la tige peut s'enfoncer au loin et, par une plaie en apparence insignifiante, causer des délabrements profonds et graves. Ainsi, un matelot, auquel un coup fit pénétrer dans la langue le tuyau de sa pipe, mourut d'hémorragie foudroyante lorsque, au quatrième jour, B. Cooper⁽²⁾ pratiqua l'extraction du corps étranger: le tuyau de pipe avait embroché la carotide interne, dont la plaie fut rendue béante par l'extraction.

2^o Plaies par instruments tranchants. — Les sujets qui ont la mauvaise habitude de porter leurs aliments à la bouche avec la pointe de leur couteau se font souvent à la langue de petites coupures superficielles. De même, les enfants qui, dans leurs jeux, tirent plus ou moins brusquement sur les feuilles longues, étroites, minces et tranchantes des herbes qu'ils mettent si volontiers en travers dans leur bouche. Les plaies de quelque importance sont rares, ce qui n'est pas étonnant en raison de la protection fournie à la langue par les arcades dentaires. Toutefois, Gant⁽³⁾ a vu la partie libre de la langue être, par accident, presque entièrement coupée. Dans ces sections profondes, l'hémorragie peut être notable.

Autrefois, l'amputation de la partie libre de la langue était un supplice fort usité, mais il est prouvé aujourd'hui qu'il manquait son but et que cette amputation ne prive pas de la parole celui qui en a été la victime.

3^o Plaies par instruments contondants. — Ces plaies ne sont le plus souvent qu'un épiphénomène des plaies contuses de la face avec fracture du maxillaire inférieur; cependant, chez un blessé de Norgate la lésion linguale fut, par l'hémorragie, une complication importante.

La lésion linguale est encore tout à fait accessoire dans la plupart des plaies d'armes à feu, et en particulier lorsque le coup de feu est tiré dans la bouche ou sous le menton. Les balles venues de loin peuvent, avec fracas osseux

⁽¹⁾ DEMARQUAY, art. LANGUE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris.

⁽²⁾ B. COOPER, *Guy's hosp. Rep.*, London, 1837, t. II, p. 404.

⁽³⁾ GANT, *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1860, t. LXI, p. 154.