

## V

## ACTINOMYCOSE

L'actinomycose, maladie parasitaire décrite depuis quelques années seulement, s'attaque quelquefois à la langue. Presque toujours, il est vrai, c'est un simple épiphénomène au cours de l'actinomycose des mâchoires, et dès lors je n'ai pas à m'en occuper, cette complication ne modifiant guère la conduite chirurgicale à tenir<sup>(1)</sup>. Je passerai de même sous silence les cas où on observe dans la langue des foyers pour ainsi dire métastatiques au cours d'une infection générale. A. König a signalé un fait de ce genre, et il est évident que le chirurgien n'a rien à y voir.

Des observations d'actinomycose limitée à la langue sont dues à Hochénegg, Fischer, Maydl, v. Hacker, H. Gibbings, Jurinka et A. Poncet. Elles concernent toutes, sauf une, des hommes dont l'âge moyen est de trente-cinq ans. Dans trois cas, l'inoculation est due à des piqûres par des barbes d'épis de blé ou d'orge; une fois, l'infection a paru d'origine animale. L'évolution du mal peut être favorisée par des érosions dentaires, par l'abus du tabac.

L'affection se manifeste le plus souvent par de la tuméfaction et des nodosités dures, légèrement élastiques, fixes, en nombre variable, recouvertes d'une muqueuse saine. Quelquefois il y a des fissures et des rhagades. Ces deux formes tendent également à la formation d'abcès dont le pus contient les grains caractéristiques. La douleur, la gêne des mouvements sont très variables. Le diagnostic avec les lésions syphilitiques est très difficile : il ne peut guère être porté qu'après examen histologique.

Le traitement médical par l'iodure de potassium et le traitement chirurgical par le curettage sont efficaces, et l'actinomycose linguale est une des manifestations de la maladie qui comporte le meilleur pronostic.

## VI

## TUMEURS

## A. — KYSTES

Les divers kystes de la langue doivent, si l'on s'en rapporte à la seule pathogénie, être décrits dans des chapitres absolument distincts, et aucun lien n'unit les kystes parasitaires aux kystes glandulaires, ni ces derniers aux kystes congénitaux de la base de la langue. Mais, en clinique, tout cela constitue des *tumeurs liquides*, au sens vulgaire du mot, et dès lors il y a un avantage pratique à rapprocher l'une de l'autre ces diverses collections.

1° **Kystes parasitaires.** — On a recueilli quelques rares observations de cysticerques ou d'échinocoques de la langue.

<sup>(1)</sup> L. MAGNUSSEN, *Diss. inaug. de Kiel*, 1885, p. 9. — P. CLAISSE, *Presse méd.*, Paris, 1897, p. 145. — D. BONNET, Thèse de doct. de Lyon, 1896-1897.

Le *cysticerque*<sup>(1)</sup> a été vu par Roser, par Billroth. Dans un fait de Shillitoe les parasites étaient multiples; dans un autre, dû à Hofmokl, il y avait dissémination dans tout le corps et la lésion linguale n'était qu'un épiphénomène.

L'*échinocoque*<sup>(2)</sup>, ou kyste hydatique proprement dit, semble moins rare. Il a été observé, par exemple, par B. Brodie, par Daniel Mollière. Il forme une tumeur intra-musculaire unique, saillante en général vers la face dorsale, indolente, à évolution lente. Souvent cette tumeur est très tendue, dure, si bien qu'elle ne fluctue pas, et que si l'on n'a pas recours à la ponction exploratrice, on la prendra presque à coup sûr pour un fibrome. Si elle fluctue, on peut soupçonner sa nature à cause de sa forme régulièrement arrondie, mais ici encore le diagnostic ferme, avec le lipome ou avec l'abcès froid, est impossible sans la ponction exploratrice. Quelquefois enfin le kyste s'enflamme et on croit à un abcès chaud jusqu'au moment où on voit s'éliminer le contenu et la poche caractéristiques.

2° **Kystes glandulaires**<sup>(3)</sup>. — On rencontre quelquefois à la langue des kystes à peu près identiques à ceux que nous avons signalés à la face interne des lèvres et que leur contenu rapproche des grenouillettes. C'est en effet comme des kystes salivaires qu'il faut les considérer; le processus pathogénique qui préside à leur formation semble être dans toutes ces variétés à peu près le même et les discussions qui ont surgi à cet égard seront exposées dans l'étude consacrée à la grenouillette.

Ces kystes salivaires sous-muqueux de la cavité buccale s'observent donc à la langue; je ne parlerai pas de leur anatomie pathologique et je me bornerai à signaler leurs principales particularités cliniques.

On en a vu à la face inférieure de la langue, sous forme d'une tumeur unilatérale, allongée d'arrière en avant, translucide, sillonnée de quelques veinosités. Cette tumeur, dont l'aspect est tout à fait analogue, au siège et à la forme près, à celui de la grenouillette sublinguale, ne provoque guère de signes fonctionnels. Elle est indolente et amène seulement, lorsqu'elle est volumineuse, quelque gêne de la phonation. J'ai vu deux fois une tumeur de cette nature chez l'enfant; à l'incision, il en sortit un liquide muqueux épais, semblable à celui de la grenouillette. Les auteurs du *Compendium*, E. Albert (de Vienne), ont enregistré des faits de même nature, et Paul Dubois en a recueilli un chez un nouveau-né. Ce kyste congénital était fort volumineux, si bien que l'allaitement et la respiration en furent très gênés et que la mort n'eût sans doute pas tardé si la poche n'avait été évacuée par incision.

Peut-être ces kystes siègent-ils, quelquefois au moins, dans la glande de Blandin, qui occupe, en effet, la pointe de la langue, près de la face inférieure; mais dans les cas que j'ai observés, le kyste ne tendait nullement à s'enfoncer entre les fibres musculaires et il est bien probable qu'il fallait invoquer la dégénérescence d'une glandule salivaire sous-muqueuse.

J'ai observé, lorsque j'étais interne de Lannelongue, un enfant de quelques semaines chez lequel une tumeur analogue à une grenouillette par ses caractères

<sup>(1)</sup> W. ROSER, *Arch. der Heilk.*, 1861, t. II, p. 570. — SHILLITOE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1863, t. XIV, p. 170. — HOFMOKL, *Wiener med. Presse*, 1877, p. 691.

<sup>(2)</sup> D. MOLLIÈRE, *Progr. méd.*, 1875, p. 2. — DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1877, p. 562, 672, 685. — LANNELONGUE, *Bull. et mém. de la Société de chir.*, 1879, nouv. série, t. V, p. 521.

<sup>(3)</sup> J. DUBOIS, *Gaz. méd. de Paris*, 1853, p. 538. — BLANDIN, art. LANGUE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1854, t. XI, p. 19. — E. ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 137.

extérieurs occupait la partie postérieure d'un des bords de la langue, en avant du pilier antérieur. Celle-là s'enfonçait, comme le prouva l'opération, entre les fibres musculaires de la langue. Or, on sait qu'en cette région les glandes salivaires forment un petit groupe qui s'insinue dans le corps charnu.

Ces kystes salivaires seront, autant que possible, traités par l'extirpation. Si l'ablation totale est impossible, on s'en tiendra, comme pour la grenouillette, à l'excision de la poche avec cautérisation de la partie restante.

**3° Kystes séreux et sanguins.** — La langue est quelquefois envahie par des *kystes séreux congénitaux*. Mais en clinique on n'observe guère cette localisation isolée de ces kystes : la lésion linguale n'est qu'un prolongement des masses néoplasiques qui occupent le plancher buccal, le cou; ou bien les formations kystiques cervicales compliquent la macroglossie. Je m'occuperai donc de cette question en traitant de la macroglossie et du lymphangiome lingual.

De même que ces kystes séreux congénitaux semblent être des lymphangiomes, les *kystes sanguins* (\*) dont nous parlent Bruce Clarke, E. Albert, ne sont qu'une modalité des angiomes, et j'en dirai autant pour une observation où J. Dollinger signale une dégénérescence kystique spéciale des papilles fongiformes.

**4° Kystes dermoïdes et mucoïdes.** — J'ai suffisamment insisté sur la nature exacte de ces kystes pour n'avoir pas à montrer de nouveau ici qu'il faut les considérer comme des arrêts de développement et non comme des néoplasmes.

Dans la pointe de la langue, bombant à sa face inférieure, on observe quelquefois des *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire formés par une paroi ayant la même structure que la peau (à un degré variable de perfection) entourant un contenu de matière sébacée, mélangée ou non à des poils. Ces kystes ne sont qu'une variété des kystes dermoïdes du plancher de la bouche (2), et souvent on constate en effet que la poche linguale est à vrai dire un diverticule d'une poche sus-hyoïdienne. Pour les cas moins nets, où la tumeur semble être exclusivement linguale, je rappellerai une observation de Nicaise (3) où du kyste de la pointe de la langue partait un prolongement canaliculé qui s'incurvait en avant au point où la langue commençait à faire corps avec le plancher buccal et se rendait de là, dans ce plancher, jusqu'aux apophyses géni où il adhéraient. Les kystes de cette espèce ne peuvent s'expliquer que par un enclavement anormal persistant au fond de la rainure située entre le *tuberculum impar* et le bourgeon maxillaire inférieur.

Les *kystes de la base de la langue* (4) sont tout autres. Ils ont un contenu séreux ou mucoïde : leur paroi est *mucoïde*, tapissée d'un épithélium cylindrique, et

(1) DOLLINGER, *Arch. für klin. Chir.*, 1878, t. XXII, p. 701. — E. ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1883, p. 137. — BRUCE CLARKE, *Lancet*, 1887, t. I, p. 881.

(2) Voy. plus loin, p. 165.

(3) NICAISE, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1881, n. s., t. VII, p. 498.

(4) A. VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 105, et 1855, p. 8. — BOCHDALEK, *Oesterr. Zeitschrift für Heilk.*, Vienne, 1866, t. XII, n° 56, 57, 42 à 45. *Reichert's und Dubois Raymond's Arch.*, 1867, p. 775. — NEUMANN, *Arch. für klin. Chir.*, 1877, t. XX, p. 825. — GEHE, Thèse de doct. de Paris, 1882, n° 564. — GERSTER, *New York med. Journal*, 1885, t. XXXVII, p. 578. — VERCHÈRE et DENUCÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 467. — CHASLIN, *Ibid.*, 1886, p. 81. — W. WRIGHT, *Med. rec.*, New-York, 1885, t. I, p. 537. — LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congén.*, 1886, p. 416. — BERNAYS, *St.-Louis med. and surg. Journal*, octobre 1888, p. 201. — LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*, Paris, 1891, t. I, p. 156. — DENUCÉ, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 mars 1894. — MARTIN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1896, n° 8. — CHEMIN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1896, n° 40.

même, dans certains cas au moins et par places, cet épithélium est cilié. Il y a là une analogie de structure évidente avec les prétendus hygromas de la bourse séreuse de Boyer, et l'embryologie nous l'explique en nous conduisant à rapprocher, par la pathogénie, ces kystes l'un de l'autre : j'ai déjà dit que ces kystes sus et sous-hyoïdiens sont des restes de l'invagination médiane du corps thyroïde. Ceux de la langue s'appellent encore *kystes du canal de Bochdalek*, car c'est Bochdalek qui le premier les a nettement signalés et a fait intervenir dans leur genèse une occlusion d'un canal qu'il a décrit; ce canal, inconstant, part du *foramen cæcum* et s'enfonce à une profondeur variable dans la base de la langue. Dans un travail relativement récent, E. Chaslin cherche bien à attribuer à ces kystes une origine plutôt glandulaire, à en faire des kystes acquis plutôt que congénitaux, mais l'autre hypothèse nous semble la meilleure. A cet égard l'observation de Bernays est très importante, car autour du kyste, sus-hyoïdien et précédé par un canal de Bochdalek très développé, le microscope révéla une couche de tissu thyroïdien à peu près normal.

Certes il est des cas où cliniquement la tumeur n'est pas congénitale, et en particulier j'ai vu en 1885, dans le service de Verneuil, où j'étais alors interne, le malade dont Verchère et Denucé ont publié l'histoire. Dans la base de la langue s'était développée, sans cause connue, une tuméfaction inflammatoire, aiguë, et c'est seulement après que cet abcès eut été ouvert que sa poche parut bizarre, fut extirpée et examinée histologiquement. Il va sans dire que dans les cas de ce genre, où le kyste pendant longtemps latent ne se manifeste que parce qu'il s'enflamme et suppure, les cellules épithéliales de la paroi perdent en grande partie leurs cils, desquament même. Mais à part ces modifications, dont on ne saurait s'étonner, la similitude est parfaite avec la structure des kystes non enflammés, indolents, fluctuants, quelquefois même nettement congénitaux, que certains auteurs ont observés. D'autre part, la différence clinique entre ces kystes n'a rien qui doive nous surprendre : nous voyons ici ce que nous avons coutume de voir pour tous les kystes dermoïdes ou mucoïdes et pour ceux du cou en particulier. Le simple canal de Bochdalek représentera la fistule congénitale borgne interne; le kyste enflammé et tardivement ouvert à l'extérieur représentera la fistule secondaire; entre les deux, le trait d'union est le kyste simple.

Le diagnostic de ces kystes de la base de la langue sera posé avec quelque probabilité quand on constatera une tumeur kystique, à caractères neutres; la notion de congénitalité fera faire un pas de plus, avec quelques réserves, cependant, pour les tumeurs mixtes, plus dures il est vrai, dont je parlerai dans un instant. La nature ne sera que soupçonnée lorsque la tumeur ne se manifestera que tardivement, et surtout à l'occasion d'une poussée inflammatoire. On songera cependant au kyste congénital quand on trouvera, avec un gonflement phlegmoneux médiocre, une poche fluctuante assez volumineuse, située dans la base de la langue.

Le pronostic de ces kystes est bénin. On saura toutefois que, vu leur siège, leur inflammation est capable de causer des troubles sérieux de la déglutition et même de la respiration.

Le traitement idéal est l'extirpation complète de la poche. On devra parfois se contenter de l'excision partielle suivie de grattage ou de cautérisation (1).

(1) A propos de ces kystes et de leur pathogénie, je signalerai les *goitres aberrants* observés dans la base de la langue, par Schmidt, R. Wolff, etc.

## B. — ANGIOMES

On trouve à la langue des angiomes que, d'après leur aspect à l'œil nu, on peut appeler artériels ou veineux.

Les angiomes artériels sont une affection du jeune âge, et probablement même ils sont congénitaux, quoique Pinard ait dit ne jamais les avoir observés dès la naissance.

Les angiomes veineux se développent souvent plus ou moins longtemps après la naissance, et même, d'après Maisonneuve, il n'est pas rare qu'ils débutent chez le vieillard. Mais n'y a-t-il pas là quelque confusion avec une simple dilatation variqueuse des veines sous-muqueuses<sup>(1)</sup> ?

FOUCHER, Thèse de doct. de Paris, 1862, n° 69. — JULLIAN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1885-1886, n° 59. — COUTENOT, Thèse de doct. de Paris, 1886-1887, n° 536.

Dans l'étiologie, une donnée encore est à noter : d'après les statistiques de Coutenot, de Lefèvre<sup>(2)</sup>, les deux tiers des sujets sont des femmes.

Il n'est pas rare que ces malades portent en même temps d'autres angiomes, à la face surtout, et dans ce dernier cas la lésion linguale n'est quelquefois qu'un prolongement d'une tumeur génienne, ayant envahi les gencives et de là la langue.

On a dit que les tumeurs érectiles occupaient surtout la base de l'organe. C'est une assertion qui, jusqu'à nouvel ordre, n'est pas démontrée.

L'anatomie pathologique ne nous arrêtera guère : c'est en somme celle des angiomes en général. Il y a cependant une particularité sur laquelle insistent Cornil et Ranvier et, après Cornil, son élève Arragon<sup>(3)</sup>. Dans les papilles voisines de la tumeur, les artéioles centrales se dilatent très rapidement; de là un allongement des papilles et de plus les cavités vasculaires élargies peuvent s'isoler en de petits kystes à revêtement endothélial.

Si je signale ces faits anatomiques, c'est qu'ils ont une importance clinique réelle. Certes, la plupart du temps ces formations papillaires et kystiques restent à l'état de constatation histologique, et l'aspect est simplement celui d'un angiome quelconque des muqueuses. Tantôt on voit une tache, de coloration variable; tantôt c'est une vraie tumeur, circonscrite ou diffuse, réductible en tout ou en partie, à surface bosselée, abordée par des vaisseaux variqueux : et c'est cette dernière constatation qui, avec la réductibilité, permet le diagnostic.

Lorsque les papilles se développent, l'aspect est tout autre : c'est celui d'un papillome. Et même, il semble bien que la plupart des tumeurs appelées papillomes de la langue soient en réalité des angiomes de cette forme<sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup> Je dirai plus loin quelques mots sur les varices de la base de la langue. On observe également des veines variqueuses serpentant sous la muqueuse de la face inférieure et du plancher buccal. Certains auteurs anglais ont insisté sur les relations de ces varices avec quelques affections cérébrales. (DICKSON, *British med. Journal*, 1885, t. I, p. 888. — WHITEHOUSE, *Ibid.*, p. 940. — ATKINSON, *Ibid.*, p. 1049. — GREENWOOD, *Ibid.*, p. 1095. — SAWTELL, *Ibid.*, p. 1152.)

<sup>(2)</sup> E. LEFÈVRE, Thèse de doct. de Paris, 1891-1892, n° 125.

<sup>(3)</sup> ARRAGON, Thèse de doct. de Paris, 1885, n° 295. — *Arch. de physiol.*, 1885, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 552. — YERSIN, *Ibid.*, 1886, 5<sup>e</sup> série, t. VII, p. 428.

<sup>(4)</sup> Voy. sur ce point : WAGSTAFFE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1875, t. XXVI, p. 105. — J. LAFFONT, Thèse de doct. de Paris, 1877, n° 584.

Lorsque les petites cavités kystiques se développent, elles deviennent visibles à la surface sous forme de petits points transparents. Bryant a observé un de ces papillomes kystiques, et il semble bien qu'il faille rattacher à l'histoire des angiomes une observation de Dollinger, où le nombre considérable des petits kystes est tout à fait remarquable<sup>(1)</sup>. Dans des cas de Baldy, de Bryant, les kystes étaient développés, dès la naissance, en de véritables grappes de raisin.

Deguisse fils, Brown, ont vu des angiomes linguaux assez riches en dilatations artérielles pour être pulsatiles, et cela nous conduit aux cas appelés par Bryant, par Fayrer, anévrysmes cirsoïdes de la langue; entre ces anévrysmes et les angiomes proprement dits, la démarcation est encore obscure<sup>(2)</sup>.

Comme modifications secondaires, je mentionnerai les relations des angiomes linguaux avec les lymphangiectasies : j'y reviendrai dans la description de la macroglossie.

Les signes fonctionnels sont souvent nuls, et un petit angiome passe inaperçu ou n'est reconnu que lors d'un examen accidentel de la bouche. Il en fut ainsi chez les sujets observés par Briquet, Guersant, B. Holt, Johnson, Bouisson. Quelquefois, l'attention sera attirée par une gêne légère de la parole. Chez certaines femmes, la période menstruelle s'accompagne d'une turgescence de l'angiome lingual; chez une malade de Polaillon, c'est pendant la gestation que se produisit cette congestion. Le seul accident réellement sérieux est la possibilité d'hémorragies, capables de se répéter, et même de devenir graves.

On conçoit que si le sang est fourni par un petit angiome, non apparent, localisé à la base de la langue, l'origine pourra être difficile à déterminer, et qu'en particulier on pourra croire à des hémoptysies : le diagnostic, il est vrai, devient vite évident si l'on songe à l'angiome lingual, car il suffira d'examiner la base de la langue à l'aide du miroir laryngoscopique. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que le sang, dans les cas de ce genre, vienne toujours d'un angiome proprement dit : Moure et son élève Manon<sup>(3)</sup> ont constaté de ces pseudo-hémoptysies produites par de simples varices de la base de la langue. La distinction anatomique et objective entre ces varices et les angiomes reste encore obscure.

Cook a prétendu que la guérison spontanée des angiomes de la langue était la règle, et effectivement on en a vu disparaître à la suite d'une glossite, d'une salivation mercurielle. Mais Cook exagère certainement la fréquence de cette terminaison heureuse. Par contre, certains accidents doivent faire faire des réserves expresses sur le pronostic. J'ai déjà dit, en effet, que les hémorragies sont quelquefois graves; et lorsque l'angiome est envahissant, on comprend de reste, étant donnée la région malade, qu'il puisse devenir bientôt inopérable. Cette considération opératoire explique aisément que le pronostic doive être plus sérieux pour les angiomes de la base, plus difficilement accessibles.

Le traitement de choix est, en effet, l'ablation, lorsque la tumeur est suffisamment circonscrite et accessible. L'abondance de l'hémorragie a fait préconiser pour cette exérèse le thermo-cautère ou le galvano-cautère : mais un succès de Poncet (de Lyon) prouve que l'emploi de l'instrument tranchant est parfaitement justifié. Si l'extirpation est contre-indiquée par le volume et l'étendue de l'angiome, on aura recours à l'ignipuncture; Polaillon<sup>(4)</sup> a eu à se louer des

<sup>(1)</sup> DOLLINGER, *Arch. für klin. Chir.*, 1878, t. XXII, p. 701.

<sup>(2)</sup> BROWN, *Lancet*, 1852-1853, t. XXIV, p. 9. — DEGUISE (fils), *Journal de chir. de Malgaigne*, 1845, t. I, p. 516. — FAYRER, *Clin. surg. in India*, 1866, p. 485.

<sup>(3)</sup> MANON, Thèse de doct. de Bordeaux, 1886-1887, n° 12.

<sup>(4)</sup> BERTHOD, *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 447.

injections interstitielles au tannin. Tillieux (de Courtray) a obtenu la guérison par des frictions au sel de nitre.

#### C. — ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

Les anévrysmes artériels de la langue sont exceptionnels et leur intérêt est très médiocre. On signale partout une observation recueillie par Collomb sur un jeune séminariste auquel un anévrysme saillant à la face dorsale de la langue causait une gêne considérable de la parole : la double ligature donna à Collomb un succès. Un fait plus récent est dû à Gay : la poche rompue fut la source d'hémorragies ; Gay la traita par l'extirpation, ce qui semble être la méthode de choix (1).

#### D. — LYMPHANGIOME ET LYMPHANGIECTASIE. — MACROGLOSSIE

**Définition.** — On a désigné sous le nom de macroglossie une série d'affections probablement dissemblables, n'ayant comme analogie qu'une augmentation de volume telle que la langue sort de la bouche et pend plus ou moins en avant des lèvres. Aujourd'hui, il semble qu'il faille individualiser anatomiquement les tumeurs d'origine lymphatique.

**Historique.** — La macroglossie, avec son aspect extérieur si caractéristique, a depuis bien des années frappé les observateurs et l'on peut, dans son histoire, renvoyer à des relations très anciennes. Ces relations, il faut d'ailleurs les chercher sous des dénominations diverses, et comme synonymie je signalerai les appellations suivantes : prolapsus de la langue, prolongement morbifique, hypertrophie congénitale, *lingua vituli*, etc.

Peut-être trouve-t-on une mention de cette lésion jusque dans les œuvres de Galien. En tout cas, au XVI<sup>e</sup> et au XVII<sup>e</sup> siècle, des faits remarquables et bien étudiés ont été publiés par Gaspard Peucer, Scaliger, M. Donatus, Zachias ; au XVIII<sup>e</sup> siècle, outre une bonne description donnée en 1738 par Spœring (d'Upsala), je signalerai l'observation d'une femme qui mourut à Leyde à quatre-vingts ans, après avoir été observée successivement par Reverhorst, Triœn, van Swieten, Gaubius, Sandifort et van Dœveren (2). Puis, pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, Leuw, Maisonneuve, Gayraud (la thèse de ce dernier est de 1864), se sont attachés à donner une description clinique, que l'on trouve depuis cette époque dans tous les traités classiques français et étrangers.

Mais dans cette description on réunit tous les prolapsus de la langue. Certes, l'état ultime est analogue et toutes les langues pendantes se ressemblent. Ce n'est pas un motif suffisant pour ne pas établir nettement des variétés étiologiques et anatomiques. Au point de vue anatomique surtout, je mentionnerai les recherches de Virchow, Billroth, Volkmann, Gies, Winiwarter, Wegner, Middledorpf. Grâce à ces travaux, le rôle de l'élément lymphatique dans la

(1) COLLOMB, *Œuvres méd.-chir.*, p. 451, Lyon et Paris, an VI (1798). — GAY, *Lancet*, 1874, t. II, p. 269.

(2) VAN DŒVEREN, Thèse, 1824 (Ludg. Batav.).

macroglossie congénitale — celle qui va être à peu près seule visée dans cet article — a été bien mis en évidence.

BRESCHET et FINOT, art. GLOSSOCÈLE du *Dict. en 60 vol.*, t. XVIII, p. 498, Paris, 1817. — PERCY et LAURENT, art. LANGUE du *Dict. en 60 vol.*, t. XXVII, p. 244, Paris, 1818. — MAISONNEUVE, Des tumeurs de la langue. Thèse de concours, 1848 (bibliog.). — VIRCHOW, Ueber Makroglossia. *Arch. für path. Anat. u. Phys.*, Berlin, 1854, t. VII, p. 126 (voy. aussi O. WEBER, *Ibid.*, p. 115). — GAYRAUD, Étude sur le prolapsus hypertrophique de la langue. Thèse de doct. de Montpellier, 1865, n° 68 (bibl.). — GIES, Beiträge zur Makroglossie. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1875, t. XV, p. 640. — WEGNER, Ueber Lymphangiom. *Ibid.*, 1877, t. XX, p. 641. — GAUQUELIN, Étude sur la mégaloglossie. Thèse de doct. de Paris, 1882, n° 99. — DE LARABRIE, Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale de la langue. Thèse de doct. de Paris, 1882, n° 520 (bibl.). — MIDDLEDORPF, Ueber Lymphangioma cavernosum. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXXI, p. 590. — LANNELONGUE et MÉNARD, Affections congénitales, Paris, 1891, p. 617. — DAHL, Examen microsc. d'un cas de macroglossie. *Nord. med. Ark.*, 1895, n° 2. — ODENIUS, Étude anatomo-path. de la macroglossie lymphatique. *Ibid.*, 1896, n° 14.

**Étiologie.** — On a divisé les macroglossies en congénitales et acquises.

Mais les macroglossies acquises ne sont, pour la plupart, que des glossites chroniques devenues hypertrophiques. Butlin leur reconnaît des causes locales — abcès, grenouillettes, stomatite mercurielle, blessures légères ou graves, — et des causes générales — petite vérole, scarlatine, coqueluche, accès épileptiformes — : dans les deux cas, c'est une glossite aiguë qui est à l'origine du mal. Ces glossites chroniques hypertrophiques peuvent, sans doute, être rapprochées de la macroglossie congénitale au point de vue thérapeutique : mais elles sont de nature bien différente. D'autre part, il est certaines macroglossies non congénitales, survenues sans cause connue, qui paraissent être semblables à la macroglossie congénitale : c'est, ou bien que tous les lymphangiomes ne sont pas congénitaux, ou bien que depuis sa naissance le sujet portait une lésion méconnue qui s'est mise à croître sans qu'on sache pourquoi.

La *macroglossie congénitale* est peut-être moins rare en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, qu'en France : la démonstration n'est pas absolue. Leuw, Gayraud, Clarke admettent la prédisposition du sexe féminin : Butlin paraît avoir raison quand il soutient l'indifférence du sexe.

On a noté que l'hypertrophie de la langue s'associait parfois à des déficiences cérébrales : chez les crétins, disent Burgræve, Bouchut ; chez les idiots, d'après des faits de Parrot, de Chalk ; Bouisson prétend enfin que les anencéphales naissent souvent la langue pendante. Je dois dire que j'ai examiné un assez grand nombre de fœtus anencéphales, frais ou conservés dans l'alcool, et que jamais je n'ai constaté de prolapsus lingual. J. Wolff et Bruck, Baginsky, ont publié quelques observations où la macroglossie était combinée à des troubles mentaux, à une soudure prématurée des os du crâne, à une hypertrophie musculaire généralisée.

Les causes de la lésion restent inconnues. L'influence héréditaire semble nulle. C'est à titre de curiosité que l'on relate encore les idées anciennes sur le rôle de l'imagination maternelle : Maurant nous raconte qu'une femme eut un enfant à langue pendante parce qu'au cours de sa grossesse elle avait eu envie d'une langue dont son mari se régalaient sans elle ; et l'on trouve dans Lassus l'histoire d'une mère qui, ayant vu avec répulsion la langue pendante d'un veau récemment égorgé, mit au monde un enfant conformé de la même façon.

Le prolapsus est-il cause ou effet de la macroglossie ? Lassus, Boyer, Blandin, Gayraud, ont soutenu que le prolapsus était le fait initial, et pour l'expliquer ils