

ont invoqué tantôt un vice de conformation de la bouche, tantôt une habitude vicieuse de l'enfant, tantôt la propulsion fréquente par des quintes de toux; on a dit aussi que tout provenait des muscles, par convulsion ou contracture des propulseurs ou par paralysie des rétracteurs de la langue. On pourrait multiplier encore, en citant leurs auteurs, ces théories aujourd'hui reconnues erronées. Il est démontré que la vraie opinion est celle de Mussey, de Hodgson : il y a primitivement une tumeur et c'est pour cela que la langue, trop volumineuse, sort de la bouche. Mais une fois la langue prolapsée, le contact de l'air, la constriction par les arcades dentaires, causent des lésions inflammatoires surajoutées et la tuméfaction augmente. Il n'est pas rare, par exemple, que l'éruption des dents aggrave l'hypertrophie linguale.

Anatomie pathologique. — A l'époque où l'on ne faisait guère que des examens à l'œil nu, on a rangé la macroglossie dans les glossites chroniques, et nous avons vu que c'est exact pour la plupart des macroglossies acquises. En 1854, Rey a affirmé que l'hypertrophie portait sur tous les tissus; en 1855, Sédillot a incriminé surtout l'augmentation de volume des muscles, et cette manière de voir a été confirmée par Paget, par Parrot. De même, O. Weber a constaté l'hyperplasie des fibres musculaires, mais avec un développement vasculaire considérable. En 1860, Lambl a publié un cas analogue. Gayraud a noté une hypertrophie portant à la fois sur les muscles et sur la muqueuse.

Il semble donc que l'hypertrophie musculaire existe réellement, dans certains cas tout au moins⁽¹⁾. Mais est-elle la lésion obligée? Oui, affirme Bouisson, qui traite d'exceptions les observations de Virchow. Virchow, en effet, avait bien vu que l'élément musculaire était anormalement développé, mais entre ces fibres hyperplasiées, il avait noté une augmentation du tissu conjonctif avec un aspect caveux bien visible à la loupe. Dans ces espaces, il y avait des cellules lymphatiques, et au total Virchow concluait qu'il y avait une grande analogie avec l'éléphantiasis congénital. Cette opinion a été confirmée peu à peu, et c'est elle qui maintenant est classique, à la suite des travaux, allemands pour la plupart, que j'ai déjà mentionnés. En outre, on a démontré par l'imprégnation argentine que ces lacunes ont un revêtement endothélial.

Lorsque l'on examine au microscope une langue atteinte de macroglossie congénitale, on voit d'abord que la muqueuse est altérée. L'épithélium y est épaissi, les parties exposées à l'air en sont kératinisées. Les papilles, volumineuses, sont pour la plupart creusées de vacuoles contenant des cellules lymphatiques, dont quelques-unes s'agglomèrent en petits amas; par places, Variot et de Larabrie ont trouvé des globules rouges mêlés à ces cellules. Certaines papilles sont réduites à une mince coque conjonctive doublant l'épithélium autour des lacunes. Dans la couche sous-muqueuse existent également des travées de tissu conjonctif lacunaire, et au milieu de ces lacunes irrégulières apparaissent sur les coupes des espaces circulaires, véritables troncs lymphatiques. Ce même tissu conjonctif lacunaire dissocie, dans le corps charnu de la langue, les fibres musculaires, et, contrairement à l'état normal, elles deviennent moins abondantes que le tissu interstitiel.

Ces lésions sont celles qui, d'après Wegner, caractérisent le lymphangiome simple. C'est à elles que se rattache presque toujours la macroglossie. A un

⁽¹⁾ Voy. sur ce point : HELBIG, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, t. XLI, p. 442. — EICKENBUSCH, *Beitr. zur klin. Chir.*, Tubingue, 1894, t. XI, p. 275.

degré plus avancé, on observe le lymphangiome caveux constaté par Rose; et même Winiwarter, Valenta, ont constaté le lymphangiome kystique. Winiwarter, à propos de ce cas, a étudié le mode de formation des kystes dans la langue, mais cela concerne l'étude du lymphangiome en général.

Dans les faits de Winiwarter et de Valenta, les kystes séreux de la langue s'accompagnaient de kystes séreux multiloculaires du cou. A cet égard, il y a des observations analogues de Virchow, de Maguire. Des auteurs anciens avaient d'ailleurs déjà noté la coïncidence possible du prolapsus lingual et d'une grenouillette congénitale, et il semble bien que ces prétendues grenouillettes n'aient souvent été que des kystes séreux du plancher buccal. Cette coexistence n'est pas faite pour surprendre, s'il est vrai que la macroglossie congénitale soit un lymphangiome, car aujourd'hui les kystes séreux multiloculaires du cou sont rattachés au lymphangiome par Wegner, Middledorpf, Lan-nelongue et Achard.

Mais ce n'est pas seulement pour le lymphangiome kystique que ces associations sont possibles. Les hypertrophies congénitales sont en général, on le sait, considérées actuellement comme des lymphangiomes simples : or à la macroglossie peut se joindre l'hypertrophie congénitale des lèvres et de la face (Krönlein et Wegner); le développement exagéré peut se limiter à une moitié de la langue avec la joue correspondante (Billroth) ou avec toute la moitié du corps (Maas). Ces observations sont d'ailleurs exceptionnelles, et presque toujours la macroglossie est totale et isolée.

Nous venons de voir les arguments qui permettent de considérer la macroglossie comme un lymphangiome. Certains auteurs pensent qu'il ne faut pas aller trop loin dans cette voie, et Ch. Monod, en particulier, a soutenu qu'il s'agit souvent d'une lymphangiectasie et non d'une véritable néoplasie. Au reste, Wegner admet que l'on doit invoquer avant tout une dilatation des voies lymphatiques par stase due à une obstruction des voies de retour. Variot pense, de même, qu'il y a dilatation du réseau lymphatique normal et, ainsi que de Larabrie, il a observé l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

La cause de l'obstruction lymphatique reste d'ailleurs inconnue. Je signalerai à ce propos une observation, jusqu'à présent unique, où Renaut (de Lyon) a trouvé dans les voies lymphatiques élargies un parasite spécial, ce qui nous conduit à un rapprochement avec l'éléphantiasis filarien.

Maintenant, ces tumeurs sont-elles toujours exclusivement lymphatiques? Ou bien certains angiomes ne peuvent-ils pas se compliquer de lymphangiectasie? ou même ne peut-il pas se constituer des kystes séreux d'origine sanguine dans des angiomes? Toutes ces questions, communes à tous les angiomes et lymphangiomes, ont été agitées ici, et en particulier Variot et de Larabrie, Reverdin et Buscarlet⁽¹⁾, dans leur pièce, croient au rôle initial d'un angiome.

Symptômes. — Il est fréquent, dit-on, que la lésion passe inaperçue à la naissance, et de là, sans doute, les discussions sur sa congénitalité. Mais encore de Larabrie pense-t-il que cette fréquence est exagérée par certains auteurs. Certes, le prolapsus est rare, et Peucer a été en face d'une exception lorsqu'il a vu naître un enfant qui ressemblait à un veau récemment tué. Mais bien des observateurs ont constaté que la langue, contenue dans la bouche, était volumineuse, qu'elle sortait par moments entre les lèvres, que la salive s'écoulait

⁽¹⁾ J.-L. REVERDIN et BUSCARLET, *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, nov. 1892, p. 758.

volontiers au dehors, que la bouche avait tendance à rester ouverte. A ce degré, d'ailleurs, les enfants tettent ordinairement bien. Quelquefois, cependant, la succion est légèrement entravée et par exemple, selon une remarque de Zacchias, elle s'exerce mal sur les mamelons petits et courts; ou bien, nous apprend Clarke, si la langue est prolabée, l'enfant tette d'une façon spéciale, en

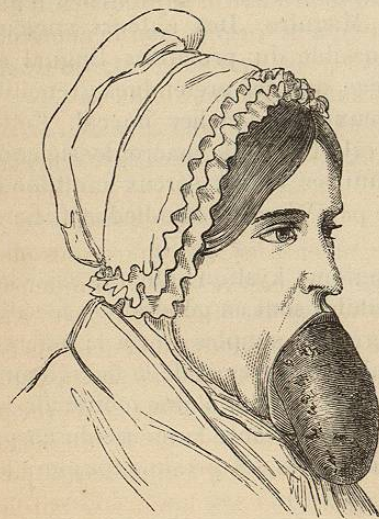


Fig. 58. — Macroglossie.

enroulant autour du mamelon la partie procidente. Quelquefois, enfin, il faut élever le sujet au biberon ou à la cuiller.

Peu à peu le volume augmente, la procidence commence ou s'accroît. La partie prolabée a d'abord l'aspect d'une langue normale : on dirait, selon l'expression de Lassus, une langue d'adulte sortant d'une bouche d'enfant. Mais bientôt la muqueuse exposée à l'air se sèche, s'épaissit, ses papilles s'élargissent et proéminent. Assez souvent cette aggravation progressive, mais lente, subit une poussée brusque au moment de la dentition, lorsque sortent les incisives inférieures. Ou bien cette poussée a lieu vers deux ou trois ans.

La langue arrive de la sorte à ne plus pouvoir rentrer qu'avec effort, puis le rapprochement des mâchoires est difficile, puis

enfin, à la période d'état, le prolapsus est définitif.

La partie prolabée peut alors avoir dix fois le volume d'une langue normale. Elle est de consistance ferme, elle ne tarde pas à devenir noire, ou au moins grisâtre, rugueuse, fendillée, couverte de papilles calleuses qui peuvent avoir jusqu'au diamètre d'une lentille. Sa forme est d'ordinaire cylindroïde, plus rarement étalée en tablier, quelquefois les bords sont relevés en gouttière. En soulevant cette masse, on voit sa face postéro-inférieure, souvent sillonnée de veines variqueuses sur les côtes du frein, et Pasturel a signalé, en cette même région, des battements artériels d'une intensité anormale.

A la limite de la partie extra-buccale et de la partie intra-buccale, les dents exercent sur l'organe une compression fâcheuse et de là, à la face inférieure surtout, des ulcérations fréquentes et même de véritables accidents d'étranglement. Quelquefois, à la face inférieure, le frein est respecté, engagé qu'il est entre les deux incisives médianes, et il est flanqué de deux ulcérations latérales.

La partie intra-buccale est d'aspect normal, mais par le poids de la partie procidente, elle est tirée en haut et en avant, et avec elle les piliers antérieurs du voile du palais, l'os hyoïde et le larynx. Ce déplacement fait quelquefois que la langue semble adhérer à la gencive, et cela a conduit Mussey à pratiquer dans ce sillon, avant l'amputation de la partie prolabée, des débridements parfaitement inutiles.

Le maxillaire inférieur subit mécaniquement, et avec le temps, des déformations remarquables. Les incisives inférieures sont déviées en bas et en avant, déchaussées, écartées, ébranlées, usées, incrustées de tartre, et parfois c'est cette incrustation qui seule les empêche de tomber. A un degré de plus, la

symphyse subit une déviation analogue et de là, avec la gencive et les dents, une véritable gouttière, que le tartre rend quelquefois lisse, ce qui préserve la langue des ulcérations. Entre la langue et le menton pend la lèvre allongée, abaissée, hypertrophiée. Les gencives sont rouges, fongueuses, saignantes.

Ainsi, la partie antérieure du maxillaire inférieur subit une inflexion, à angle obtus ouvert en bas et en arrière. Il en résulte que, même la langue enlevée, les dents antérieures ne peuvent venir au contact et cela d'autant plus, ajoute Maisonneuve, que les molaires postérieures sont anormalement longues.

On a noté la luxation mécanique de la mâchoire inférieure.

Les dents de la mâchoire supérieure subissent, dans les cas extrêmes, des déviations analogues. La voûte palatine est souvent anormalement haute et large.

De Larabrie et Variot ont constaté l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; cela s'explique bien par les fissures et les ulcérations de la muqueuse.

Les phénomènes fonctionnels sont quelquefois remarquablement peu accentués, et on cite à cet égard une observation de Blanco. Mais en général ils existent à un degré notable. La mastication est difficile, à la fois à cause du volume de la langue et parce que les contacts dentaires sont limités aux molaires postérieures; en outre, pendant qu'elle s'exécute, les morsures de la langue sont usuelles. Le sujet doit pousser les aliments solides sous les molaires postérieures et les y maintenir avec les doigts. La déglutition des liquides se fait bien. La respiration, ordinairement nasale, est bonne; cependant Bouisson signale un cas où les tentatives de réduction amenaient des accès de suffocation. La phonation, quelquefois assez claire, est en général troublée, jusqu'à être intelligible. Le goût n'est perdu que sur la partie prolabée.

Cette langue pendante, cette bouche d'où la salive s'écoule constamment, donnent aux malades un aspect hideux, en font des objets de dégoût. Ils le savent et souvent deviennent hypochondriaques : tous ne s'accroissent pas, comme la vieille de Leyde, de cacher simplement dans un étui d'argent leur organe exubérant. On a dit — et la dénutrition par gêne de la mastication, par perte de la salive, en rend à peu près compte — que la taille de ces sujets reste au-dessous de la moyenne; que chez les filles la menstruation s'établit tardivement.

Marche. — Pronostic. — J'ai déjà dit que la lésion, d'ordinaire progressive, subit souvent une poussée soit lors de la dentition, soit vers deux à trois ans. A partir de ce moment, elle augmente peu à peu, pour devenir quelquefois stationnaire vers l'âge de quinze ans. Mais ailleurs son accroissement est continu, à l'occasion de poussées inflammatoires à répétitions, provoquées par le froid, par une palpation trop brusque, par des morsures, ou coïncidant avec la période menstruelle. Il se fait dans ces conditions de véritables lymphangites aiguës, et c'est là une analogie de plus avec les éléphantiasis.

Si l'on ne considère que la vie, l'affection est bénigne, quoique l'on ait observé quelquefois la mort par inanition, par suffocation. Mais la guérison spontanée n'existe pas et, sauf intervention chirurgicale, les sujets sont soumis pour toute leur vie à une infirmité dégoûtante : il est vrai que cela n'a pas empêché quelques femmes de se marier. Et si l'on veut agir, il faut être averti que les opérés de Winiwarter, de de Saint-Germain ont succombé, résultat

fatal que l'antisepsie doit rendre bien exceptionnel; que ceux de Wegner, de Busch, d'O. Weber, ont vu la récurrence survenir, et qu'enfin, une fois la langue enlevée, il peut persister des déformations difficilement curables du maxillaire. De là la phrase de Bouisson: « Le prolapsus de la langue n'est pas grave, disent, avec Boyer, ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de l'observer. »

Diagnostic. — Le diagnostic du prolapsus lingual est évident. Il reste dès lors à déterminer en présence de quelle variété on se trouve. En somme, la seule question à résoudre est de savoir s'il s'agit d'une macroglossie congénitale ou d'une glossite chronique hypertrophique. On y parviendra aisément par un interrogatoire précis, en déterminant bien le début par une glossite aiguë. Les observations de Leblanc, de Humphrey, de Fréteau, par exemple, sont certainement des glossites chroniques avec prolapsus. Les faits de ce genre sont devenus tout à fait exceptionnels de nos jours, car leur cause la plus fréquente était la glossite mercurielle.

Traitement. — C'est depuis l'article de Percy et Laurent que les indications thérapeutiques ont été réglées avec quelque netteté.

A la première période de la macroglossie congénitale, on a de bons résultats en élevant l'enfant au biberon ou en choisissant une nourrice à mamelons longs; en maintenant la bouche toujours fermée à l'aide d'une fronde, selon le conseil de Lassus.

Lorsque la langue est prolabée — et ici la macroglossie acquise devient à peu près semblable à la congénitale — on a tâché d'agir sur elle par des lotions astringentes, et l'on n'en a rien obtenu. Les sangsues ont aggravé l'état des malades de Harris, de Hodgson.

La compression a été établie par Fréteau à l'aide d'un bandage; par Leblanc, à l'aide du sac de Pibrac dont les bridons étaient noués derrière la nuque. Ces auteurs et Delpech, Murray, Humphrey, ont ainsi réussi; mais il faut remarquer que cette méthode n'a d'efficacité que dans les macroglossies acquises.

La méthode de choix est l'amputation de la partie exubérante. Elle a été appliquée dès la fin du XVII^e siècle par Hoffmann, puis par Pimpernelle. Ces auteurs ont simplement abattu par une incision transversale ce qui dépassait les arcades dentaires. On a, depuis, conseillé de faire des excisions en V, à sommet postérieur: ce fut la pratique de Harris, de Mussey, mais ces auteurs y ont joint des débridements fort inutiles du plancher buccal.

Mais cette amputation à l'instrument tranchant a donné des hémorragies graves, d'autant plus que les artères sont quelquefois hypertrophiées et dès lors on a cherché des procédés hémostatiques. Aussi Mirault le père (d'Angers), Siebold, Inglis, Roux, puis Bouisson, Gosselin, Fergusson, ont-ils eu recours à la ligature en masse: ils sont retombés dans un autre inconvénient, la septicémie constante, et parfois mortelle, causée par cette masse gangrenée lente à s'éliminer. Aussi a-t-on pensé à utiliser l'écraseur, et il y a une quarantaine d'années de nombreux opérateurs l'ont employé; mais l'opéré de Pasturel n'en a pas moins eu des hémorragies, et celui de de Saint-Germain est mort avec des accidents septiques. Maas, Billroth et Winiwarter ont préconisé l'anse galvanique; mais on sait combien cet instrument d'exérèse est difficile à manier quand on n'en a pas une habitude spéciale.

En somme, nous savons aujourd'hui que, si l'on surveille suffisamment l'an-

tisepsie buccale, la meilleure manière d'exciser la langue est d'employer l'instrument tranchant, puis de suturer la plaie; cette suture, bien faite, met à l'abri des hémorragies, si l'on a lié séparément les plus gros vaisseaux. Pour la macroglossie comme pour le cancer, c'est à ce procédé que l'on s'adressera. On fera soit l'amputation de tout ce qui dépasse, soit des excisions cunéiformes.

Peut-être pourra-t-on essayer soit l'ignipuncture profonde, qui a donné un succès récent à Helferich, soit la ligature atrophiante des linguales. Cette dernière opération a été pratiquée par Liston, dont l'opéré, il est vrai, est mort de pyohémie; il y a quelques années, elle a fourni un bon résultat à Fehleisen⁽¹⁾.

Les résultats thérapeutiques de l'amputation sont bons. J'ai déjà dit que quelquefois il y a récurrence: mais on en vient presque toujours à bout par une seconde intervention.

La langue une fois ramenée à ses proportions normales, la besogne du chirurgien n'est pas terminée: il faut s'occuper des déviations dentaires et osseuses. On redressera donc les incisives et les canines, on arrachera les molaires postérieures si elles sont trop allongées. On tentera de rectifier la direction du maxillaire inférieur en exerçant une compression constante avec une fronde passée sous le menton, ce qui aura en outre l'avantage de s'opposer à la récurrence du prolapsus. De Leuw, O. Weber, Maas, ont ainsi amendé la déviation osseuse.

Si la lèvre inférieure reste exubérante, on fera la résection partielle, comme il a été dit à propos de la macrocheilie.

E. — TUMEURS D'ORIGINE CONJONCTIVE

On rencontre à la langue des tumeurs conjonctives de plusieurs espèces, dont les principales sont le lipome et le fibrome. Mais j'aurai à dire quelques mots sur les tumeurs mixtes et sur les sarcomes.

1^o LIPOMES

L'histoire des lipomes de la langue en est restée pendant longtemps à la publication de quelques faits isolés par Bastien, Virchow, Follin, Lebert, Paget, etc.; et encore parmi ces observations en est-il quelques-unes, celle de Laugier et Bastien par exemple, qui concernent des tumeurs mixtes et non des lipomes. A l'aide de ces faits épars, Bouisson, Demarquay, S. Duplay, ont donné des descriptions didactiques peu à peu perfectionnées; aujourd'hui cette description est facilitée par la thèse de Labat, élève de Dolbeau, sur les lipomes buccaux, et surtout par celles de Malon, de Deregnaucourt⁽²⁾ sur le lipome de la langue. Malon a réuni 11 observations, dont 9 sont de vrais lipomes, et dont 2 sont des tumeurs mixtes qui doivent être classées à part.

(1) FEHLEISEN, *Berl. klin. Woch.*, 1887, p. 941.

(2) MALON, Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 126. — DEREGNAUCOURT, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 545.

Étiologie. — Les causes sont aussi obscures que celles du lipome en général. Un fait peu expliqué est la rareté dans le sexe féminin, si bien que parmi les lipomes vrais où le sexe du malade est indiqué, on ne trouve qu'une femme. La plupart des sujets sont des adultes, des adolescents; assez souvent ils sont vieux quand ils viennent consulter, mais on apprend alors qu'ils portent leur tumeur depuis bien des années. On a parlé de congénitalité; mais à examiner ces faits de près on constate qu'alors il s'agit toujours de tumeurs mixtes.

Comme pour tous les lipomes, l'irritation paraît capable de jouer un rôle étiologique, et, dans son observation personnelle, Guelliot⁽¹⁾ invoque l'action d'un chicot.

Les lipomes de la langue sont rares, ce qui s'explique d'ailleurs par la faible part que prend le tissu adipeux à la constitution de la langue.

Anatomie pathologique. — Le lipome de la langue siège presque toujours vers la pointe ou les bords, faisant saillie à la face dorsale. Je citerai des observations d'Iversen, de Martel⁽²⁾, où il occupait la base de l'organe. La multiplicité des tumeurs est possible, et je mentionnerai le cas de D. Mollière⁽³⁾ où il y avait un lipome de la pointe et un de la base; celui de Cauchois⁽⁴⁾ où les deux tumeurs étaient symétriques. Quant au fait de Mason, je l'élimine, car il a trait à des tumeurs mixtes congénitales.

La tumeur était intra-musculaire dans une pièce d'A. Cooper; chez les opérés de Follin⁽⁵⁾, de Laroyenne⁽⁶⁾, de Cauchois, elle était en partie intra-musculaire, en partie sous-muqueuse; chez d'autres, enfin, elle était franchement sous-muqueuse. Guelliot, Butlin, pensent que toujours l'origine est intra-musculaire, dans une petite masse adipeuse située contre le génio-glosse; puis le lipome s'énuclée pour ainsi dire, peut-être sous l'influence des mouvements, vient faire saillie entre les fibres musculaires, puis devient sous-muqueux et même se pédiculise; et c'est alors seulement que commence la période clinique.

La structure de ces lipomes n'a rien de bien spécial. Les tumeurs examinées par Bouisson, Mollière, Iversen, Guelliot, Cauchois, étaient des lipomes purs, enkystés; celles de Follin, de Laroyenne, étaient des fibro-lipomes. A côté de ces faits, on a rangé les lipomes mixtes, où le tissu adipeux est associé à des productions myxomateuses, cartilagineuses, osseuses, et même dermoïdes. Ces tumeurs mixtes méritent une description séparée.

Symptômes et marche. — Le début de l'affection ne saurait être précisé: absolument indolente, la tumeur n'est reconnue que par hasard ou à partir du moment où, par son volume, elle cause de la gêne. Ces troubles fonctionnels, d'origine purement mécanique, sont d'abord la gêne de la phonation puis, à un moindre degré, de la déglutition, de la mastication.

On voit alors une tumeur, sessile si elle est petite, tendant à se pédiculiser quand elle acquiert un certain volume. Mais ce volume dépasse rarement celui d'une noisette, d'une noix, car à partir de ce moment la gêne fonctionnelle est

(1) GUELLIOT, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1880, p. 265.

(2) MARTEL, *Revue de chir.*, Paris, janvier 1896, p. 52.

(3) D. MOLLIÈRE, *Progrès méd.*, Paris, 1875, p. 2.

(4) CAUCHOIS, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., t. IX, p. 572.

(5) FOLLIN, *Bull. gén. de therap.*, Paris, 1866, t. LXX, p. 466.

(6) LAROYENNE, *Gaz. méd. de Lyon*, 1867, t. XIX, p. 284.

notable et le sujet vient consulter. Mais Follin, S. W. Gross (de Philadelphie), ont vu des lipomes gros comme un œuf de poule.

Lisse ou incomplètement lobulée, la tumeur est recouverte d'une muqueuse amincie, dont les papilles sont atrophiées au sommet, mais quelquefois hypertrophiées autour de la base. Sur la région où les papilles sont atrophiées et la muqueuse amincie par distension, Guelliot a constaté l'abolition de la sensibilité tactile et gustative. Follin, Guelliot, Mollière, ont noté un signe important: une couleur jaunâtre transparissant sous la muqueuse. Chez le malade de Bouisson, cette couleur était grisâtre. A la palpation, le lipome franc est absolument mou, fluctuant; le fibro-lipome est par places résistant.

L'observation d'Iversen est remarquable en ce que des accidents de folie ont cessé après l'ablation du lipome.

Le lipome de la langue est une tumeur essentiellement bénigne. Maisonneuve, Demarquay, parlent d'inflammation, de suppuration, d'ulcération; aucune observation n'étaye ces hypothèses. J'en dirai autant pour la transformation cancéreuse. La seule complication notée a été, dans le fait de Follin, l'existence d'hémorragies.

La marche est très lente et plusieurs malades ne sont venus consulter, avec une tumeur grosse comme une noisette ou un œuf de pigeon, qu'au bout de vingt, vingt-cinq et même vingt-sept ans.

Diagnostic. — Le diagnostic est évident pour une tumeur jaunâtre, indolente, absolument fluctuante. Mais quand la couleur spéciale fait défaut, le diagnostic ne peut guère être que soupçonné; souvent même il est erroné. La fluctuation fera volontiers croire à une tumeur liquide, et mon ami Hartmann m'a dit avoir vu un lipome de la langue pris par plusieurs chirurgiens pour un kyste salivaire. Cependant à la langue les tumeurs liquides fluctuent peu; et la fluctuation franche est un signe de lipome. On devra, toutefois, hésiter alors avec une gomme ramollie, avec un abcès froid; on sera, il est vrai, guidé par les commémoratifs, par l'évolution; mais en somme le diagnostic ne sera ferme qu'après ponction exploratrice.

Le fibrome dur ne prête que difficilement à l'erreur. Mais le fibrome mou ne peut pas être différencié du lipome.

Traitement. — L'ablation est le seul traitement qui convienne; on la fera à l'instrument tranchant et on suturera la plaie. L'énucléation est très facile si la tumeur est franchement sous-muqueuse; ses difficultés sont même médiocres quand le lipome est en partie inter-musculaire.

2° FIBROMES

Les fibromes de la langue sont rares, moins cependant que les lipomes. On les observe surtout chez l'adulte, d'autant mieux que parmi les faits relatifs aux enfants ou aux nouveau-nés, il semble y avoir un assez grand nombre de tumeurs mixtes.

Le siège est d'ordinaire à la face dorsale de la langue, et le plus souvent à la base. Hertzfeld⁽¹⁾ a observé un double fibrome de la pointe. D'après Butlin, la tumeur est primitivement centrale, comme nous l'avons vu pour le lipome, et

(1) HERTZFELD, *Berliner klin. Woch.*, 1896, p. 725.