

peu à peu elle s'énuclée. Elle peut même parvenir à l'état de polype et E. Albert (de Vienne)⁽¹⁾ a vu un polype fibro-lipomateux pendant du bord droit de la langue jusque dans le pharynx, d'où on pouvait aisément l'attirer avec un doigt.

Histologiquement on observe soit le fibrome pur, — et alors il est soit dense, soit mou — soit le fibrome mixte. Abstraction faite des tumeurs mixtes congénitales, je mentionnerai le fibro-lipome, assez fréquent. Poncet a enlevé à la base de la langue un fibro-myome⁽²⁾. Ziegler, Zahn, ont constaté la dégénérescence hyaline⁽³⁾.

Cliniquement, il y a plusieurs types distincts, dépendant de l'état anatomique des parties ou de l'évolution du néoplasme.

Ainsi, il n'y a aucune parité à établir entre les fibromes sessiles et les fibromes pédiculés. Les premiers sont des tumeurs arrondies, circonscrites, enchâssées dans la langue. Elles présentent deux variétés, selon que la consistance est dure ou molle. Les fibromes durs ressemblent soit à des kystes, soit à des gommages à la période de crudité; les fibromes mous seront surtout confondus avec des gommages ramollies, avec des lipomes; je ne répéterai pas à cet égard ce que j'ai déjà dit de la ponction exploratrice.

Le fibrome pédiculé, ou polype fibreux de la langue, peut acquérir un volume assez considérable et, quand il siège à la base, remplir plus ou moins le pharynx; assez souvent alors, comme l'ont constaté Pooley⁽⁴⁾, Gibb, il se renverse sur l'épiglotte et provoque de la sorte des accès de suffocation.

Ces accidents respiratoires ne sont d'ailleurs pas les seuls possibles. Chez le malade de Pooley, la muqueuse s'ulcéra par distension et devint la source d'hémorragies graves, qui nécessitèrent l'intervention d'urgence.

Dans d'autres cas, l'évolution est beaucoup plus simple. Ainsi dans celui de Poncet, le fibrome ne se manifesta qu'une fois volumineux, par des troubles progressifs et modérément intenses de la respiration, de la phonation et de la déglutition. Plus latent encore, mais moins volumineux, car il n'était gros que comme une aveline, fut celui que Fith⁽⁵⁾ découvrit par hasard en examinant la gorge du patient à l'occasion d'une angine.

Les derniers faits que nous venons de rappeler concernent des tumeurs de la base de la langue, cas auquel l'examen physique complet exige, outre le toucher, l'emploi du laryngoscope.

Ces fibromes seront traités par l'extirpation qui, même à la base, peut être pratiquée à l'instrument tranchant. Il est vrai que, dans ces conditions, l'intervention ne peut pas toujours être facilement complète par les voies naturelles et que, d'autre part, vu la bénignité de la tumeur, de grands délabrements ne sont pas souvent justifiés. Poncet a enlevé la partie saillante d'un coup de ciseaux et a laissé le reste se sphacéler; son opéré a fort bien guéri.

5° SARCOMES

Jusqu'à présent, nous avons passé en revue les néoplasmes conjonctifs

(1) E. ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 169.

(2) E. BLANC, *Gas. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1884, p. 611.

(3) ZAHN, *Deutsche Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1885, t. XXII, p. 50.

(4) POOLEY, *Amer. Journal of med. sc.*, 1872, trad. dans *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 89.

(5) FITH, *Amer. Journal of med. sc.*, 1872, trad. dans *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 624.

bénins. On observe aussi à la langue des sarcomes, néoplasmes à évolution maligne⁽¹⁾. Ces tumeurs, il faut le reconnaître, sont fort rares, et Marion, dans un travail tout récent, n'a pu en réunir que 24 observations. Contrairement au lymphadénome, qui siège habituellement à la base de la langue, le sarcome peut occuper indifféremment tantôt le dos, tantôt les bords ou même la face inférieure. Il peut se présenter sous deux formes anatomiques très différentes: ou bien la tumeur est interstitielle, développée dans l'intérieur des muscles, ou bien, immédiatement sous-muqueuse, elle tend à devenir pédiculée. Dans leur développement, les tumeurs interstitielles finissent par arriver à la muqueuse. Celle-ci, pas plus que la peau dans le sarcome de la mamelle, n'adhère à la tumeur, et il y a là, au point de vue du diagnostic, un signe qui peut être de grande valeur et sur lequel insiste Marion. Cette tumeur est en général peu douloureuse; elle n'a pas grande tendance à s'ulcérer. D'après un relevé opératoire de M. Scheier, le pronostic serait moins mauvais que celui du cancer (13 cas, 1 mort opératoire; 7 récidives, dont 2 tardives; 7 guérisons depuis 1 à 6 ans).

D'après les observations de Hutchinson, d'E. Albert, d'Eve, de Butlin⁽²⁾, on connaît à peu près le *lymphosarcome* de la langue. Ce lymphosarcome ne paraît pas différer beaucoup de celui des amygdales dans ses allures anatomiques et cliniques, et cela se conçoit d'ailleurs, car il semble naître aux dépens des follicules clos de la base de la langue, de ce qu'on appelle l'amygdale linguale. Ces follicules peuvent, d'autre part, subir une hypertrophie bénigne, elle aussi comparable à l'hypertrophie amygdalienne, à côté de laquelle nous tracerons son histoire.

Peut-être certains sarcomes de la langue ont-ils leur point de départ dans les glandes profondes et sont-ils des adéno-sarcomes: c'est ainsi, par dégénérescence de la glande de Blandin, que Godlee interprète un fait dont il a été témoin⁽³⁾.

4° TUMEURS MIXTES

Lorsque j'ai décrit les lipomes de la langue, j'ai dit qu'on avait parlé de lipomes congénitaux; que d'autre part on avait décrit anatomiquement des lipomes mixtes, où le tissu adipeux s'associait à des productions de nature fort variée. Or, quand on étudie les observations, on se rend compte que ces lipomes mixtes sont pour la plupart congénitaux, ou tout au moins observés sur des enfants; qu'inversement, presque tous les lipomes congénitaux ont cette structure complexe. Une autre constatation commune est le siège de prédilection au niveau de la base de la langue⁽⁴⁾.

Cette complexité de structure atteint un degré très variable. Dans la pièce de Mason⁽⁵⁾, c'était seulement un myxolipome: la femme, âgée de vingt-sept ans,

(1) J.-H. TARGETT, *Guy's hosp. Rep.*, London, 1888, t. XLVII, p. 21. — M. SCHEIER, *Berliner klin. Woch.*, 1892, p. 584. — MARION, *Revue de chir.*, Paris, 1897, p. 195.

(2) HARDIE, *Lancet*, 1880, t. I, p. 789. — E. ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 171. — J. HUTCHINSON, *Med. chir. transact.*, 1885, t. LXVIII, p. 311. — EVE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1856, t. XXXVIII, p. 225. — BUTLIN, *Lancet*, 1887, p. 425.

(3) GODLEE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1887, t. XXXVIII, p. 546.

(4) Sur les tumeurs congénitales de la base de la langue, consultez: HERZFELD, *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1895, n° 48, p. 1159. — ROSENBERG, *Ibid.*, 1892, n° 15 et 14, p. 285 et 514.

(5) MASON, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1864, t. XVI, p. 210, et 1867, t. XVIII, p. 249.

portait trois tumeurs congénitales qui s'étaient mises à grossir peu de temps avant l'opération. Laugier et Bastien⁽¹⁾ ont observé une femme de vingt-cinq ans, chez qui la tumeur, paraissant également congénitale, était un lipome avec ossifications. Dans le cas d'O. Weber, c'était un mélange de tissus adipeux, fibreux et cartilagineux. Est-ce là des tératomes? La question reste douteuse. Elle ne l'est plus pour ces véritables lipomes dermoïdes dont Lambl, Arnold nous ont donné la description. Ces tératomes ont-ils quelques relations avec les observations analogues à celle où Hickmann⁽²⁾ a vu une tumeur kystique et polypiforme, qu'il qualifie d'adénome, causer la mort par suffocation dès la naissance? C'est encore là un point obscur.

Dans certaines régions, à l'ovaire par exemple, on sait que les tératomes peuvent subir une évolution maligne. Le fait existe-t-il à la langue, et faut-il, par exemple, expliquer ainsi le sarcome congénital dont parle Jacobi? Il est jusqu'à nouvel ordre impossible de conclure.

5° CHONDROMES

On a décrit dans la langue des enchondromes et même des ostéomes, mais ces tumeurs ne sont presque jamais pures, pour ne pas dire jamais, et il faut les rattacher aux tumeurs mixtes.

Peut-être, d'après un examen histologique de Zahn, certains fibromes peuvent-ils subir une ossification précédée de formations cartilagineuses.

F. — ÉPITHÉLIOME

Historique. — A l'époque ancienne, au temps d'Hippocrate, de Celse, de Galien, le cancer de la langue était réputé incurable, et dès lors on ne s'en occupait guère dans les descriptions didactiques. Les choses en restèrent là jusqu'à la fin du moyen âge. Ruysch fut un des premiers à tenter le traitement chirurgical, et jusqu'à la fin du xviii^e siècle on pourrait signaler quelques essais analogues. Mais ces tentatives restèrent isolées, et cela pour deux motifs. D'une part, l'outillage était bien défectueux pour ces opérations, si souvent difficiles et dangereuses par l'hémorragie quand elles doivent avoir quelque étendue. D'autre part, et surtout, on était dominé par un préjugé quasi religieux : l'amputation de la langue devait infailliblement être suivie de la perte de la parole. Sans doute, A. Paré, Roland de Bellebat publièrent quelques observations où la phonation avait persisté chez des sujets privés de leur langue par gangrène, par traumatisme accidentel ou par supplice pénal : on se borna à crier au miracle, et si Horstius conteste le miracle, c'est pour soutenir que la langue s'était régénérée⁽³⁾.

Les choses en étaient là quand parut, en 1774, le mémoire de Louis⁽⁴⁾. C'est surtout à combattre le préjugé que s'attacha l'auteur : il y réussit, et à partir de ce moment le principe de l'intervention chirurgicale fut admis.

(1) BASTIEN, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1854, p. 549.

(2) HICKMANN, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1869, t. XX, p. 160.

(3) Voy. p. 142.

(4) LOUIS, *Mémoire de l'Acad. roy. de chir.*, éd. in-4^e, t. IV, p. 96, et t. V, p. 486.

L'étude du cancer de la langue fut alors pour ainsi dire à l'ordre du jour, et, naturellement, on s'occupait d'abord de technique opératoire. Le choix des instruments, les méthodes d'hémostase, les voies d'accès, telles furent les questions agitées les premières; et ce fut là, pendant la première moitié du xix^e siècle, l'œuvre de Mayor, Mirault, Flaubert, Rizzoli, Regnoli, Roux, Sedillot, Jäger, Maisonneuve, Chassaignac, etc. Il faut ajouter que ces études opératoires ont été reprises et perfectionnées depuis l'avènement de la méthode antiseptique.

Vers 1845 surgit un nouveau débat, tout anatomo-pathologique, à propos des discussions sur le cancer et le cancroïde. Jusque-là, on décrivait le cancer de la langue, sans se préoccuper de ses variétés autrement qu'au point de vue de leur aspect macroscopique. Puis, au nom de l'histologie, on établit des différences entre le cancer et le cancroïde, entre l'encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde, l'épithéliome; et l'on consacra ces distinctions au nom de la clinique. Toutes ces variétés furent décrites dans la langue par Lebert, les auteurs du *Compendium*, Bouisson, Förster, etc. Il est vrai que, la plupart du temps, on proclamait que le cancroïde ou épithéliome était la forme presque constante, et c'est pour ainsi dire par acquit de conscience qu'on mentionnait le carcinome, le squirrhe et l'encéphaloïde. Mais certains auteurs ne tardèrent pas à s'élever même contre cette opinion mitigée, et depuis les recherches de Paget, Hutchinson, Clarke, Schuh, Thiersch, Billroth, il est bien démontré que le cancer de la langue est toujours un épithéliome pavimenteux. L'on trouvera ces débats exposés par Th. Anger dans sa thèse d'agrégation (1872), où il discute, pour montrer leur inanité, les faits de carcinome publiés par Lebert, Morel-Lavallée, Larrey, Brouardel.

Cette longue discussion sur le carcinome et l'épithéliome ne nous passionne plus aujourd'hui. Nous savons, en effet, que le carcinome est d'origine épithéliale, est une forme, un degré de l'épithéliome. Qu'à la langue on observe presque toujours le classique épithéliome pavimenteux, rien de plus exact. Mais nous ne serons pas étonnés si, de temps à autre, un de ces épithéliomes évolue dans le sens du squirrhe : et récemment Cerné (de Rouen) a communiqué à la Société de chirurgie un cas de squirrhe lingual, ce mot étant pris dans son acception simplement clinique et le microscope ayant démontré qu'il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux. La controverse sur laquelle on insistait tant il y a quelque vingt ans n'a donc plus qu'un intérêt historique, et il n'en sera pas question dans la description anatomique qui va suivre.

Outre les traités classiques français et étrangers et les articles des dictionnaires, on consultera : MAISONNEUVE, Des tumeurs de la langue. Thèse de concours de Paris, 1848, p. 116. — ANGER (Th.), Du cancer de la langue. Thèse d'agrég. en chir. de Paris, 1872. — WÖLFELER (A.), Zur Geschichte und operat. Behandlung des Zungenkrebses. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1881, t. XXVI, p. 314. — BUTLIN, Diseases of the tongue, London, 1885. Trad. franç. par D. Aigre, Paris, 1889, p. 254.

Anatomie pathologique. — Deux origines sont *a priori* possibles pour l'épithéliome lingual :

Ou bien il naît aux dépens de l'épithélium de la muqueuse;

Ou bien il naît aux dépens de l'épithélium qui revêt les glandes annexées à cette muqueuse. Mais cette variété glandulaire ou folliculaire semble ne pas exister, d'après les recherches de Ch. Robin, de Thiersch.

La première forme est donc la seule admise; on y trouve deux variétés. Dans

l'une, l'épithéliome est superficiel; dans l'autre, il naît dans les couches profondes. C'est ce que l'on appelle l'épithéliome papillaire et l'épithéliome interstitiel, et cela correspond à ce que, sur la peau, Lebert, Virchow, Heurtaux ont appelé les cancroïdes papillaires et dermiques.

1° L'épithéliome papillaire a souvent pour origine — et c'est une analogie avec certains cancroïdes cutanés — une lésion préexistante, de nature inflammatoire. De ces lésions, la plus fréquente, de beaucoup, est la leucoplasie buccale. Mais elle n'est pas la seule, et il faut mentionner ce que l'on a appelé les condylomes, les papillomes, les verrues, etc. Ces états, dont beaucoup sont mal définis, ont un caractère commun : ils sont dus à une hypertrophie papillaire. Les papilles sont à la fois plus volumineuses que normalement et déformées, les unes effilées, les autres en massue, quelquefois entre elles sont des sillons plus ou moins profonds, d'où un aspect fendillé, fissuré même. Mais tant que la lésion reste simple, ces papilles sont recouvertes d'un épithélium qui garde son type normal : il est proliféré, il est épaissi, il forme des plaques blanches, mais il n'est pas atypique. C'est lorsqu'il le devient que l'épithéliome est constitué, et les cellules épithéliales déformées, atypiques, réunies en globes épidermiques qui subissent la transformation colloïde, envahissent le chorion, l'infiltrant à une profondeur de plus en plus grande. A ce moment, on est en présence de l'épithéliome pavimenteux lobulé nettement caractérisé, et je n'ai rien à ajouter à la description qu'en a donnée Quénu (1). Le seul point sur lequel il convienne d'insister est que, anatomiquement aussi bien que cliniquement, le moment exact de la transition entre le papillome et l'épithéliome n'est pas toujours aisé à bien dépister.

Non ulcéré, l'épithéliome papillaire forme des plaques limitées, indurées, plus ou moins saillantes; Gosselin, Velpeau ont relaté des faits exceptionnels, où la tumeur était pédiculisée. Ulcéré, il se présente sous l'aspect de crevasses.

Son siège à peu près exclusif est le dos de la langue, et c'est comme rareté qu'on cite l'observation de Roux (de Brignoles) où il occupait la région du frein. Les plaques superficielles respectent moins rarement la ligne médiane, dès le début, que l'épithéliome interstitiel : cela se conçoit, car la muqueuse est continue d'un côté à l'autre et les plaques de leucoplasie peuvent parfaitement empiéter sur la ligne médiane.

L'épithéliome papillaire a une marche lente tant que le chorion n'est pas franchi; puis, à partir de ce moment, il devient identique à l'épithéliome interstitiel.

2° L'épithéliome interstitiel, au lieu de commencer par l'épithélium qui revêt les papilles, commence dans les couches profondes des sillons interpapillaires et là, nous apprennent Thiersch, Ch. Robin, les cellules morbides prolifèrent immédiatement vers la profondeur, se propageant le long des vaisseaux sous forme de cylindres, renflés de distance en distance, où l'on trouve des globes épidermiques. De là un noyau induré, qui respecte pendant assez longtemps les couches superficielles de la muqueuse et tend à gagner en profondeur plus qu'en surface. Cette tumeur est généralement unilatérale et le reste pendant longtemps : on a dit que le septum lingual mettait obstacle à sa propagation; pour d'autres, cela tient surtout à l'indépendance de vascularisation des deux

(1) Voy. t. I, p. 555.

moitiés de la langue et au peu d'anastomoses d'un côté à l'autre. On sait, en effet, que le néoplasme envahit surtout en traînée le long des vaisseaux.

Mais l'épithéliome interstitiel s'ulcère et s'étend en surface, tout comme l'épithélium papillaire en vient à envahir dans la profondeur. Alors les lésions sont anatomiquement identiques. Autour de l'ulcère, il y a presque exclusivement des cellules épithéliales en boyaux, avec globes épidermiques; à la périphérie apparaît du tissu embryonnaire au sein duquel s'enfoncent les involutions épithéliales. Les vaisseaux sanguins envahis par le néoplasme saignent facilement; les vaisseaux lymphatiques se remplissent d'éléments morbides qu'ils charrient jusque dans les ganglions, bientôt engorgés; les fibres musculaires, d'abord dissociées, disparaissent par atrophie compressive, dit Ch. Robin, par dégénérescence granulo-graisseuse, prétendent Lebert, Thiersch.

Il est rare que dans ces épithéliomes l'infiltration embryonnaire s'organise en un tissu conjonctif abondant et dur, comme cela s'observe dans certains autres organes, où l'épithéliome se constitue ainsi souvent à l'état de squirrhé. J'ai déjà dit combien on a discuté sur le squirrhé de la langue, à l'époque où l'on opposait à l'épithéliome le carcinome, d'origine conjonctive. Il est prouvé aujourd'hui que le squirrhé existe à la langue, mais qu'il y est exceptionnel et qu'il est, lui aussi, un épithéliome pavimenteux. Que vaut, à cet égard, l'observation de Morel-Lavallée, sur laquelle nous aurons à faire des réserves au point de vue clinique? Il est impossible de se prononcer sur ce fait ancien. Mais Cerné a montré récemment à la Société de chirurgie des pièces probantes et, depuis, une autre observation a été publiée par Lagoutte (1).

Ces discussions, antérieures aux perfectionnements de la technique histologique, avaient surtout leur origine dans l'aspect à l'œil nu des pièces. Or, cet aspect est celui d'un tissu dur, élastique, d'apparence fibreuse, la coupe est translucide, blanchâtre, à la périphérie, on la voit à la loupe hérissée de petits prolongements; elle est parsemée d'un pointillé jaunâtre, et par la pression latérale on en fait sortir des cylindres analogues à un vermicelle et appelés vermiothes.

L'épithéliome lingual est d'une grande malignité locale; mais il ne se propage guère que par continuité. On a beaucoup disserté sur la rareté des généralisations, et on en tirait argument pour démontrer que c'était un épithéliome et non un carcinome, un cancroïde et non un cancer : cette rareté est réelle. La généralisation métastatique toutefois est possible : elle a été observée par Loeffler, Klobb, Paget, Chassaignac et B. Ball, Godlee (2), Ch. Féré (3), etc.

Étiologie. — Comme pour tous les cancers, la cause première nous échappe. Mais on a réussi à mettre en évidence l'action de certaines conditions générales prédisposantes et celle de certaines causes locales.

Parmi les causes prédisposantes, une mention tout d'abord est due au sexe : le cancer de la langue est une maladie du sexe masculin. La prédominance chez l'homme est toutefois un peu moindre que pour le cancer des lèvres. Elle est nettement accusée dans les relevés de Otto Just, Follin, Th. Anger; S. Duplay l'évalue à 5 sur 6; une statistique de Barker nous donne 46 femmes sur 295 cas

(1) CERNÉ, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, n. s., t. XVI, p. 251. — LAGOUTTE, *Gaz. des hôp.*, Paris, 24 mai 1894, p. 758.

(2) GODLEE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1881, t. XXXII, p. 27.

(3) CH. FÉRÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1880, p. 512.

et c'est à peu près au même résultat que parvient Butlin quand il admet que 6 fois sur 7 il s'agit d'un homme. Comme pour le cancer des lèvres, cette influence du sexe tient probablement à ce que les causes irritantes s'exercent bien plus souvent chez l'homme.

On peut être frappé à tout âge par le cancer de la langue. Billroth a observé cette lésion sur un sujet de 18 ans; Barker en a opéré un de 26 ans et, sur 290 cas, en a compté 8 où le patient avait de 20 à 50 ans. Mais ces faits restent à l'état d'exception, et le cancer de la langue est fort rare avant 40 ans. C'est presque toujours de 40 à 60 ans qu'il survient et surtout de 40 à 50. Passé 70 ans, il redevient rare, mais il est bien possible que cette rareté tienne avant tout au petit nombre des individus qui dépassent cet âge et que, proportionnellement à ce nombre, elle ne soit pas réelle. Otto Weber a vu un centenaire mourir d'un cancer de la langue.

Voilà donc deux causes prédisposantes incontestables. Mais il est non moins incontestable qu'à elles seules elles ne suffisent pas et qu'à côté d'elles doit agir une prédisposition générale encore inconnue. On sait seulement que ces malades, comme tous les cancéreux, sont d'ordinaire des arthritiques. L'hérédité a été quelquefois notée, et en particulier il est classique de citer des faits de Larrey, Werner, Demarquay.

Ces mêmes prédispositions générales, encore inconnues, semblent indispensables pour que les causes locales, dont le rôle est cependant indiscutable, puissent exercer leur influence.

Ces causes locales sont, en somme, toutes les irritations, toutes les ulcérations chroniques dont la langue peut être le siège. Il y a bien longtemps déjà qu'Earle⁽¹⁾ a attiré l'attention sur l'importance de ces lésions dans la genèse du cancer des lèvres et de la langue. Parmi ces lésions, la leucoplasie buccale est de beaucoup la plus importante, et même certains auteurs ont été jusqu'à prétendre que le cancer en était la terminaison obligée ou à peu près⁽²⁾; j'ai déjà exposé⁽³⁾ la discussion qu'a soulevée cette question.

Quelquefois le cancer se greffe sur l'ulcère dentaire, après une période plus ou moins longue de bénignité absolue. S'il fallait en croire une observation de Jesset, l'ulcère tuberculeux serait capable de subir une métamorphose semblable.

Verneuil et son élève Ozenne ont attiré l'attention d'une manière toute spéciale sur l'association du cancer à la syphilis linguale tertiaire. Mais ici la question se complique. Non seulement, en effet, l'épithéliome envahit parfois une ulcération syphilitique originellement bénigne⁽⁴⁾, mais encore le cancer revêtirait chez les syphilitiques des aspects objectifs bâtards qui viendraient égarer le diagnostic.

L'évolution cancéreuse des lésions inflammatoires ulcéreuses n'est guère à craindre que si ces lésions sont anciennes, sont entretenues par une cause chronique et sont soumises à des irritations répétées. C'est donc tout à fait comparable à ce que l'on constate pour le cancer des lèvres, et ici nous voyons reparaitre les accusations contre le tabac en général et le brûle-gueule en parti-

(1) EARLE, *Med. chir. Transact.*, London, 1822, t. XII, p. 285.

(2) Sur l'épithéliome leucoplasique, voy. LABADIE, Thèse de Bordeaux, 1885-1884, n° 58.

(3) Voy. p. 157.

(4) MARSHALL, *Med. Times and Gazette*, London, 1878, t. II, p. 682. — HEATH (CHR.), *British med. Journal*, 1881, t. I, p. 955.

culier. Il est bien certain que l'abus du tabac, de l'alcool, des aliments trop épicés engendre la leucoplasie buccale, puis, si le sujet conserve ses habitudes, l'irrite et la prédispose à la dégénérescence maligne. Butlin considère que la leucoplasie est une cause fréquente de cancer: sur 80 cas qu'il relève, il la trouve mentionnée 16 fois, et il croit que bien souvent on la méconnaît.

Symptômes. — Les symptômes du cancer de la langue doivent être divisés en signes physiques et symptômes fonctionnels.

1° SIGNES PHYSIQUES. — Les signes physiques doivent être étudiés séparément au début et à la période d'état. Au début, il y a deux formes cliniques assez distinctes, correspondant aux formes anatomiques que nous avons décrites, c'est-à-dire à l'épithéliome papillaire et à l'épithéliome interstitiel.

A. L'épithéliome papillaire commence par une lésion d'apparence variable; son type, je le répète, est l'épithéliome consécutif à la leucoplasie. La plaque initiale est en général unique; toutefois, on peut en observer plusieurs à des degrés divers d'évolution. Elle siège presque toujours sur le dos de la partie libre, rarement à la base, exceptionnellement à la face inférieure. Lorsque cette plaque, depuis plus ou moins longtemps stationnaire, se met à subir la dégénérescence maligne, le premier phénomène appréciable est en général l'induration; puis on observe des exulcérations, des fissures croûteuses.

Dans d'autres cas, c'est d'abord une crevasse, une fente, une plaque saillante, rude et fendillée. En un point, on voit de petits amas épidermiques qui tombent, laissant à nu une surface exulcérée, facilement saignante, entourée de papilles volumineuses. Puis arrive, précoce ou tardive, la période d'ulcération.

A la surface d'une plaque dure, d'étendue variable, existe alors une élévation saignante, papillomateuse et fissurée; ses parties périphériques sont souvent recouvertes de lamelles épidermiques blanchâtres, d'aspect verruqueux; autour s'égrèvent volontiers des taches de leucoplasie. Cette ulcération reste pendant assez longtemps superficielle, puis elle gagne dans la profondeur, et l'aspect devient celui de la période d'état.

B. L'épithéliome interstitiel commence par une nodosité qui semble sous-muqueuse et occupe de préférence un des bords. Verneuil, Demarquay ont montré qu'un de ses sièges de prédilection est le sillon glosso-amygdalien, ce qui est très fâcheux, car le pilier antérieur est vite envahi, ce qui complique beaucoup l'opération. Ce nodule profond, presque toujours unique, se rapproche peu à peu de la surface, s'écorche, se fissure. Souvent, à cette période, le malade accuse un chicot de la gêne, des douleurs qu'il ressent à la mastication et il va se faire arracher cette dent; c'est malheureusement trop souvent le dentiste qui voit ce stade initial. A ce moment, l'ulcération dans bien des cas est petite, tandis que l'infiltration néoplasique est assez grosse; elle échappe aisément au fond d'une anfractuosité; néanmoins, à un examen attentif, le doigt la sent et la fait saigner, l'œil la voit.

Presque toujours, cette ulcération se creuse de dehors en dedans et gagne peu à peu, mais quelquefois elle se produit de dedans en dehors, par l'évacuation d'une sorte de cavité ramollie qui s'ouvre et reste anfractueuse.

C. A la période d'état, lorsque l'ulcération est quelque peu étendue, les deux variétés sont à peu près identiques: l'une et l'autre aboutissent à l'un des aspects que nous allons décrire.