

de faire au cou une incision médiane, de sectionner de même l'os hyoïde et, en écartant les deux lèvres de la plaie, on a un jour considérable pour lier la linguale et pratiquer, avec peu de danger, l'amputation totale de la langue avec l'épiglotte au besoin, par voie transhyoïdienne (1); on peut alors éviter la trachéotomie préalable.

## VII

## MALADIES DES NERFS

Les nerfs de la langue sont, les uns spécialement moteurs et les autres spécialement sensitifs. Les troubles observés du côté de cet appareil nerveux ressortissent pour la plupart à la médecine, mais il en est que le chirurgien doit connaître.

## A. — NERFS MOTEURS

Du côté des nerfs moteurs, je mentionnerai les contractures, les spasmes, les paralysies, les atrophies.

Presque jamais les *contractures et spasmes* n'intéressent le chirurgien : hystérie, chorée, épilepsie, etc., autant de causes d'ordre purement médical. Mais je dois citer une observation remarquable de John Mitchell (2) où les spasmes linguaux étaient provoqués par des caries dentaires avec gingivite. Cette excitation périphérique agissait-elle à la faveur d'un état général névropathique ? La chose est possible, mais en tout cas, la suppression de la lésion gingivo-dentaire amena la guérison du spasme. Madelung (3) a dû un succès à la section des génioglosses.

Je serai tout aussi bref sur les *paralysies et atrophies* : l'hystérie, l'ataxie locomotrice, les hémorragies bulbaires, la paralysie labio-glosso-laryngée n'ont rien qui nous concerne. Mais quelquefois ces symptômes peuvent fournir des indications pour diagnostiquer une lésion justiciable de la chirurgie. On peut, en effet, reconnaître de la sorte une compression du nerf grand hypoglosse. Or Dupuytren et Choisy (4) ont vu le nerf comprimé par des hydatides ; Clarke, Haberson (5), par un cancer secondaire de la base du crâne. J. Paget (6), guidé par ce symptôme, a pu aller à la recherche d'un séquestre de l'occipital qu'il a enlevé avec succès. Ailleurs, dans une lésion traumatique du cou (7), la paralysie linguale permettra de diagnostiquer que le grand hypoglosse est intéressé par le corps vulnérant. On n'oubliera pas que, parfois — des observations de Holt-

(1) VALLAS, *Gaz. des hôp.*, Paris, 15 janvier 1894. — ETIÉVANT, *Ibid.*, 1897, n° 110, p. 1075. — FRARIER, *Echo méd.*, Lyon, 1896, t. I, p. 67.

(2) J. MITCHELL, *Med. chir. Transact.*, London, 1815, t. IV, p. 25.

(3) LANGE, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1895, t. XLVI, p. 704.

(4) CHOISY, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1852, p. 114, et 1853, p. 6.

(5) HABERSON, *Med. Times and Gaz.*, London, 1867, t. I, p. 140. — CLARKE, *Med. chir. Trans.*, London, 1871, t. LV, p. 90.

(6) J. PAGET, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1869, t. III, p. 258. — RICOCHON (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 30 nov. 1896, p. 791) a publié un cas d'hémiatrophie linguale par mal de Pott sous-occipital.

(7) BABINSKI, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 31 juillet 1896, p. 671.

house, de R. Leudet (1) le démontrent — la syphilis est la cause de l'atrophie linguale. Enfin, à titre d'exception, on se souviendra que la paralysie linguale peut être réflexe, et Netchaïeff (2) en a guéri une en traitant une lésion des fosses nasales.

## B. — NERFS SENSITIFS

Les nerfs sensitifs de la langue sont de deux ordres : les uns affectés à la sensibilité générale, les autres à la sensibilité gustative.

Les altérations et perversions du goût n'ont à peu près rien de chirurgical; il suffit de mentionner leur possibilité au cours de certaines lésions du rocher où la corde du tympan est compromise; elles confirment alors le diagnostic, établi surtout par la paralysie faciale concomitante.

La *névralgie linguale* mérite de nous arrêter un peu plus.

Appelée glossalgie par Breschet et Finot, quelquefois décrite sous le nom de glossodynie, la névralgie linguale est généralement unilatérale. Dans certains cas, elle n'est qu'un élément de la névralgie du nerf maxillaire inférieur, mais dans d'autres elle existe à l'état isolé. Alors, elle peut avoir les caractères ordinaires des névralgies, avec leurs élancements douloureux, leur exaspération par le moindre mouvement, ou bien elle s'accompagne de troubles variés du côté de la muqueuse : et c'est ainsi que Gellé a noté le zona de la langue; Kaposi, Degle, une exfoliation épithéliale remarquable (3).

On a quelquefois traité chirurgicalement ces névralgies linguales caractérisées. Ainsi Clément Lucas a pratiqué l'élongation du nerf lingual; Vanzetti (4), Rose, Dubrueil (5), se sont adressés à la résection, peut-être préférable. J'ai eu un bon résultat par l'arrachement du nerf.

Dans certains cas, cette douleur lancinante part d'un point toujours le même et les malades sont persuadés qu'ils portent en cet endroit une lésion que presque toujours ils croient ulcéreuse, cancéreuse même. Parfois, sans doute, on voit là une petite masse papillaire, siégeant à la partie postérieure du bord libre et sans cesse prise entre les dents; E. Albert, Diday ont publié des faits de ce genre. Mais souvent on ne voit absolument rien au point incriminé, et les patients ne veulent pas admettre cette absence d'ulcération. On ne s'en étonnera pas, car ils sont presque toujours atteints de maladies nerveuses plus ou moins accentuées : hystérie, ataxie, paralysie générale, hypochondrie. C'est alors l'état nerveux qui domine la thérapeutique, et lorsque le chirurgien n'aura pas réussi, par l'ascendant de son autorité, à persuader au patient qu'il lui donne une médication qui guérira ce prétendu cancer, il sera parfois autorisé à faire sur la région supposée malade de petites excisions, des scarifications, des cautérisations pour détruire cette *ulcération imaginaire* (6). Il va sans dire que s'il y a une lésion locale appréciable, une hypertrophie papillaire par exemple, on commencera par en pratiquer l'excision.

(1) R. LEUDET, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1887, p. 615.

(2) NETCHAEFF, d'après *Bulletin méd.*, Paris, 1888, p. 898.

(3) KAPOSI, *Wiener med. Presse*, 1885, p. 361. — DEGLE, *Ibid.*, 1886, p. 1528.

(4) VANZETTI, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1867, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 422.

(5) DUBRUEIL, *Semaine méd.*, Paris, 1892, p. 14.

(6) Voy. sur ce sujet : A. VERNEUIL, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1887, t. XVIII, p. 429; disc. p. 430 et 435. — MAGITOT, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 788. — POYET, *Bull. méd.*, Paris, 1887, p. 1019.

Les deux cas que je viens de citer sont les plus chirurgicaux. Je mentionnerai ce que Magitot a appelé la *forme rhumatismale* de cette névralgie, où la douleur tensive, fixe ou avec rémission, occupe toute la masse musculaire et subit, avec intensité, l'influence des mouvements. Il y a déjà longtemps, d'ailleurs, que Chomel a décrit le rhumatisme lingual <sup>(1)</sup>.

A. Fournier, enfin, a signalé la névralgie linguale d'origine syphilitique.

## VIII

## VICES DE CONFORMATION

Les vices de conformation de la langue sont acquis ou congénitaux.

## A. — VICES DE CONFORMATION ACQUIS

Quelques mots suffiront sur l'absence de la langue et sur l'*ankyloglosse* acquis.

1° Absence de la langue. — Quelques glossites gangréneuses ont pour résultat la destruction complète de la langue, et autrefois ce n'était pas très rare à la suite de la variole, du scorbut, etc. ; aujourd'hui, les faits de ce genre sont à peu près inconnus. Quelquefois, mais à titre d'exception, c'est par une ulcération que la langue se trouve rongée ; ainsi, dans un fait de Banon <sup>(2)</sup>, où la nature de l'ulcération reste d'ailleurs mal déterminée.

La suppression traumatique a été autrefois un supplice, mais on ne coupait que la partie libre. L'extirpation chirurgicale est quelquefois complète.

Cette absence de la langue entraîne des conséquences fonctionnelles sur lesquelles il est inutile d'insister. J'ai déjà résumé les discussions anciennes sur la possibilité de parler sans langue.

Le traitement est nul, et c'est à titre de curiosité que je citerai l'observation d'Ambroise Paré où un jeune paysan, privé de la langue, réussissait à parler quand il tenait entre ses dents une écuelle.

2° Ankyloglosse. — On appelle ankyloglosse les adhérences vicieuses de la langue. Ces adhérences sont consécutives soit à des lésions traumatiques, soit à des lésions ulcéreuses. Traumatiques, elles proviennent de plaies, surtout de plaies par armes à feu, et principalement de suicides par coup de feu tiré dans la bouche ou sous le menton ; dans ce dernier cas, la lésion des parties molles se complique de délabrements graves du maxillaire inférieur et même, lorsque la symphyse est détruite, Sédillot considère l'ankyloglosse comme utile pour prévenir l'asphyxie par renversement de la langue en arrière. Dans un fait relaté par O. Weber, l'ankyloglosse reconnaissait pour cause des cautérisations répétées faites en allant porter le fer rouge dans l'arrière-gorge. Les adhérences inflammatoires, plus rares, sont consécutives aux diverses stomatites, à la gangrène partielle, etc.

<sup>(1)</sup> CHOMEL, *Leçons clin.*, Paris, 1837, t. II, p. 49 et 173.

<sup>(2)</sup> BANON, *Dublin quart. Journal of med. sc.*, 1864, t. XXXVIII, p. 186.

Les adhérences supérieures, de la face dorsale au palais, sont très exceptionnelles. Vansant <sup>(1)</sup> en a relaté un cas où la lésion était d'origine syphilitique. Les adhérences consécutives aux stomatites sont quelquefois latérales et unissent la langue aux gencives, exceptionnellement à la joue comme dans un fait de Bernard (de Moulins) <sup>(2)</sup>. Les adhérences inférieures au plancher buccal sont la variété de beaucoup la plus fréquente ; elles sont totales ou partielles.

Stromeyer a prétendu que l'ankyloglosse n'avait que peu d'inconvénients fonctionnels. En réalité, il gêne notablement la phonation, la mastication, la déglutition.

Le traitement est très simple pour une adhérence solitaire et bien limitée : il suffit de l'exciser et de l'empêcher de se reproduire, ce pourquoi la suture de la plaie est ce qu'il y a de mieux. Mais pour les adhérences étendues, et plus encore pour l'ankyloglosse total, la thérapeutique devient difficile et les résultats aléatoires. Il est aisé de libérer la langue aux ciseaux, mais il est presque impossible d'empêcher la reproduction des adhérences.

## B. — VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX

Les arrêts de développement ayant été déjà mentionnés <sup>(3)</sup>, il me reste à décrire les ankyloglosses et le renversement de la langue en arrière.

Fournier <sup>(4)</sup> a parlé de faits obscurs de longueur exagérée de la langue, sur lesquels il est inutile d'insister.

1° Ankyloglosse. — Les adhérences congénitales de la langue sont divisées en latérales, supérieures et inférieures.

L'*ankyloglosse latérale*, jusqu'à nouvel ordre, est douteux.

Dans l'*ankyloglosse supérieur*, on cite des observations de Lapie <sup>(5)</sup>, Bûsnel, Levret, où il y avait entre la langue et le palais de larges adhérences, faciles à décoller avec le manche d'une spatule : la nature exacte de ces faits reste obscure. Il y a un cas plus net de Diaz Illera <sup>(6)</sup>, où existaient de véritables brides qu'il fallut sectionner ; cela provenait sans doute de lésions pathologiques, ulcéreuses, et non d'un vice de développement. J'ai observé un enfant chez lequel j'ai sectionné une adhérence médiane, fort épaisse, allant de la face dorsale au palais.

L'*ankyloglosse inférieur* semble bien relever d'un vice de développement ; on le divise en total et partiel.

Dans l'*ankyloglosse total*, la muqueuse passe directement du rebord gingival sur la langue : Levret, Franck, Bouisson, Duploux <sup>(7)</sup>, Lucas Championnière, U. Trélat ont vu ainsi la langue tout entière incluse dans le plancher buccal. Chez un enfant observé par Sernin <sup>(8)</sup>, une petite étendue de la pointe était libre. Cette malformation, fort rare, compromet gravement la succion, la déglu-

<sup>(1)</sup> VANSANT, *Med. News*, Philadelphie, 10 décembre 1894, t. II, p. 606.

<sup>(2)</sup> BERNARD, *Acad. de méd.*, Paris, 11 août 1825. *Rev. méd.*, 1825, t. IV, p. 161.

<sup>(3)</sup> Voy. *Absence*, p. 40 ; *Bifidité*, p. 25.

<sup>(4)</sup> FOURNIER, art. CAS RARES du *Dict. en 60 vol.*, Paris, 1815, p. 149.

<sup>(5)</sup> LAPIE, *Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. III, p. 16. Paris, 1857.

<sup>(6)</sup> DIAZ ILLERA, *Journal des conn. méd.*, Paris, 1887, p. 559.

<sup>(7)</sup> DUPOUX, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., t. IX, p. 457.

<sup>(8)</sup> SERVIN, *Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. V, p. 414. Paris, 1774.