

gane, ou bien que la perte de ces propriétés est localisée à une portion si restreinte de la langue qu'elle passe inaperçue.

Quant à l'hémorrhagie, elle a été notée dans un certain nombre d'observations, depuis la simple piqûre jusqu'aux plaies les plus étendues. Ordinairement peu abondante et favorablement combattue par les astringents, la glace, la compression directe, elle est parfois assez considérable pour réclamer une intervention plus énergique. On pourra alors se servir d'une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer et portée au fond de la plaie légèrement débridée et agrandie, ou bien encore, comme le fit Brasdor, éteindre un stylet rougi au feu dans le trajet de la piqûre ou à la surface de la plaie. L'écoulement persiste-t-il, il sera bon de comprimer les deux carotides primitives, tout en maintenant l'agent hémostatique sur la blessure, afin de faciliter la formation d'un caillot solide. Enfin on aura recours à la ligature, qui devra toujours être préférée toutes les fois qu'il sera possible d'apercevoir le vaisseau divisé.

Que doit-on faire lorsque la partie antérieure de la langue est plus ou moins complètement séparée du reste de l'organe? Cette question, qui peut paraître oiseuse, cependant n'a été complètement élucidée que dans ces dernières années. Sans doute, de tout temps les chirurgiens ont admis la nécessité de rapprocher les lambeaux afin d'obtenir une réunion aussi immédiate que possible; aussi la suture est-elle conseillée dans les plaies d'une étendue considérable. Mais lorsque la partie détachée ne tient plus que par un faible pédicule, doit-on perdre tout espoir de réunion et enlever la portion ainsi séparée ou l'abandonner à elle-même? Bérenger-Féraud (1) a attiré tout particulièrement l'attention sur ce point, et a pu réunir onze cas de tentatives de conservation de la langue au moyen de la suture immédiate. De l'étude de ces différents cas, l'auteur conclut que la réunion de la langue presque entièrement séparée est assez facile et doit toujours être tentée par le chirurgien. Il donne la préférence à la suture entrecoupée, et conseille de ne pas craindre de multiplier les points de suture, et d'en mettre à la fois sur la face supérieure et la face inférieure de la langue, lorsque toute l'épaisseur de l'organe a été intéressée.

#### 2° Corps étrangers.

A la suite de certaines plaies, et surtout à la suite des blessures par armes à feu, il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur de la langue des corps étrangers de diverse nature. Ces corps peuvent être groupés en deux catégories : les uns viennent du dehors et sont complètement étrangers à l'organisme (balles, portions de projectile, éclats de bois, etc.); les autres viennent de la cavité buccale (esquilles, fragments de dents).

Quelle que soit la nature du corps étranger, on peut être appelé à con-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1870, n° 53 et suiv.

stater sa présence dans la langue, soit à l'instant même de l'accident, soit à une époque plus ou moins éloignée de la production de la blessure. Dans le premier cas, le diagnostic est des plus faciles; l'exploration de l'organe blessé avec les doigts et les instruments, jointe à la douleur, à la gêne de la prononciation, au gonflement, à la sensation d'un corps dur et résistant, ne saurait laisser longtemps le chirurgien dans l'incertitude.

Dès lors l'extraction du corps étranger doit être faite immédiatement. Cette petite opération, en général facile, présente parfois quelques difficultés, et il est nécessaire de débrider afin de pouvoir saisir le corps étranger avec des pinces; une fois celui-ci enlevé, on panse la plaie comme si elle était simple.

Dans quelques cas, le corps étranger séjourne plus longtemps dans l'épaisseur de la langue, soit qu'il ait été méconnu, soit qu'il n'ait pas révélé immédiatement sa présence. Dans ces cas, il pourra encore être rejeté au dehors, grâce à la suppuration qui s'est établie autour de lui. Enfin, dans des circonstances exceptionnelles, le corps étranger s'enkyste, et donne naissance à une véritable tumeur, de volume et de forme variables, dont le diagnostic présentera quelquefois d'assez grandes difficultés; les observations de Boyer, Velpeau, Hubert (de Villières) en sont de remarquables exemples.

L'étude de ces différentes observations nous a fait reconnaître un signe dont on n'avait peut-être pas fait ressortir jusqu'alors toute l'utilité au point de vue du diagnostic. Outre les renseignements fournis par le malade ou les assistants, outre les troubles fonctionnels plus ou moins accusés, tous symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, il faudra se rappeler qu'il existe toujours, dans le cas de corps étranger ancien, un *petit orifice* sur un des points de la tumeur; cet orifice, en général étroit, laisse écouler une quantité variable d'un liquide séreux ou séro-purulent, et si l'on introduit un stylet par cet orifice, on arrive sur un corps dur.

Le corps étranger une fois reconnu, le chirurgien devra l'extraire, c'est là la seule indication. Un débridement en rapport avec le volume présumé du corps le mettra à découvert et permettra ensuite de le retirer avec des pinces ou une curette.

## ARTICLE II.

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA LANGUE.

#### 1° Inflammation (glossite).

Suivant qu'elle occupe la muqueuse ou les tissus sous-jacents, la glossite est dite *superficielle* ou *profonde*. Nous laisserons de côté la première, qui est plutôt du domaine de la médecine. Il n'en est pas de même de

la *glossite profonde*, dont nous croyons devoir donner ici une description, parce que cette inflammation reconnaît souvent pour origine une cause extérieure, qu'elle se termine parfois par la formation d'un abcès, enfin qu'elle s'accompagne fréquemment d'accidents assez graves pour réclamer une intervention chirurgicale immédiate.

Cette affection, qui a été observée et étudiée de tout temps, a été désignée tour à tour sous les noms de *glossocèle*, de *paraglosse*, de *glossite phlegmoneuse* ou *œdémato-phlegmoneuse*, de *glossite parenchymateuse* ou *profonde*. La glossite profonde peut être *aiguë* ou *chronique*. Nous ne parlerons que de la glossite aiguë; la forme chronique, se confondant avec d'autres affections de la langue, sera décrite plus loin. Outre les divers traités de pathologie chirurgicale ou médicale, on trouvera des indications précieuses dans :

BODIN, *De abcessu linguæ*, thèse du Collège de chirurgie. Paris, 1788. — CARRON, *Observation sur l'inflammation de la langue* (*Journ. gén. de méd.*, t. XXVIII, p. 254). — DELAPORTE, *Dissertation sur la glossite*, thèse de Paris, 1815, n° 46. — FLEMING (Ch.), *On Inflammation and other Affections of the Tongue* (*Dublin Quart. Journ.*, 1850, t. X, p. 87). — ARNOLD, *Ueber parenchymatöse Entzündung der Zunge* (*Mem. der Prax.*, n° 6, 1856). — GIRAUD, *Observations de glossite* (*Gaz. des hôpit.*, Paris, 1861, p. 347).

ÉTIOLOGIE. — Les causes les plus fréquentes de la glossite profonde sont les lésions traumatiques, telles que les plaies, les brûlures, les corps étrangers ou les opérations diverses pratiquées sur la langue. Il faut signaler également le contact d'une substance âcre, irritante; on peut ranger dans cette catégorie les piqûres d'insectes et l'action topique de certains venins. D'après quelques observations, la bave du crapaud, appliquée sur la langue, déterminerait une inflammation profonde de cet organe. Dupont (1) rapporte l'histoire d'un jeune campagnard qui, à la suite d'un pari imprudent, mit un crapaud entre ses dents et fut pris d'un gonflement tel de la langue, qu'on fut obligé de pratiquer de nombreuses scarifications pour remédier à une suffocation imminente. Une cautérisation trop énergique peut être aussi la cause d'une glossite profonde. Graves (2) en a rapporté un cas.

Une cause également fréquente de la glossite parenchymateuse est l'emploi des préparations mercurielles; dans ce cas, l'inflammation de la langue s'accompagne toujours de celle de la muqueuse buccale et gingivale. Enfin, il n'est pas très-rare de voir survenir des glossites à la suite d'un refroidissement brusque, et parfois aussi dans le cours de fièvres graves, telles que la variole, la fièvre typhoïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique de la glossite ne

(1) Delamalle, *Sur le gonflement de la langue, et du moyen le plus efficace d'y remédier* (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. V, p. 513).

(2) *Arch. génér. de méd.*, juillet 1828.

nous arrêtera pas longtemps. La langue étant un organe presque complètement musculaire, on retrouve ici la plupart des lésions qui ont été indiquées à l'occasion de l'inflammation des muscles (1). Nous nous bornerons donc à dire que, sur une coupe, le tissu cellulaire interstitiel est injecté, infiltré de sang et de sérosité, parfois de pus; un exsudat fibreux est interposé entre les fibres musculaires, lesquelles, d'après Niemeyer (2), sont rarement altérées. Si la maladie a duré plus longtemps, on constatera le ramollissement et la désorganisation des fibres musculaires (Fœrster). Enfin, lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration, on trouve un foyer en général bien limité, contenant au milieu du pus des débris de fibres musculaires et de tissu conjonctif plus ou moins altérés.

SYMPTOMATOLOGIE. — La glossite est *générale* ou *partielle*, selon que l'inflammation envahit la totalité de la langue ou reste limitée à une partie seulement de l'organe; cette dernière variété est beaucoup plus rare.

Le début est presque toujours brusque et s'annonce souvent, sans fièvre ni frissons préalables, par un gonflement rapide de la langue. Dans d'autres cas, après un ou plusieurs jours de fièvre avec frisson initial, le malade accuse dans la langue une sensation de chaleur, de tension et de douleur; la bouche est sèche, la soif vive, et l'organe augmente de volume. Cette tuméfaction s'accroît très-vite, et la langue présente parfois en quatre ou cinq heures un volume double ou triple. Le plus ordinairement l'inflammation occupe rapidement la totalité de l'organe, mais parfois le gonflement débute par un point limité, le milieu ou la base de la langue, et de là s'étend au loin; dans quelque cas il reste limité à la base de l'organe et s'y développe sans envahir la partie antérieure (*glossite basique*). Parfois aussi la maladie reste confinée dans une moitié de la langue (*hémiglossite*), et d'après quelques observations il est assez singulier que ce soit presque toujours sur le côté gauche que l'inflammation ait porté. Sans qu'il soit possible d'assigner une cause sérieuse à cette espèce de prédilection, constatons le fait, qui est encore confirmé par les travaux de Graves (3) et de Quain (4).

Lorsque le gonflement est considérable, la langue ne peut plus être retenue dans la bouche; elle s'insinue entre les arcades dentaires, les écarte et vient faire saillie au dehors de plusieurs centimètres. Cette partie proéminente est quelquefois pâle, anémiée, revêtue d'un enduit blanchâtre; le plus souvent elle est d'un rouge brun ou noirâtre, couverte de fuliginosités. Au niveau des arcades dentaires, on voit les empreintes produites par l'implantation des dents dans l'organe tuméfié.

A ces désordres organiques viennent se joindre des troubles fonction-

(1) Voyez tome II, p. 162.

(2) *Élém. de pathol. interne*, t. I, p. 471.

(3) *Dublin Medic. Journ.*, janvier 1842.

(4) *Dublin Medic. Press*, janvier 1855.

nels variés : la parole est altérée, souvent impossible, la mastication et la déglutition plus ou moins gênées, l'haleine presque toujours fétide. Il s'écoule sur les côtés de la bouche une salive épaisse, gluante; l'abondance de la salivation, l'exagération de la fétidité, se rencontrent principalement dans les cas de glossite mercurielle. La respiration devient de plus en plus difficile, sifflante, par suite de l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx; parfois la suffocation est imminente.

Les symptômes généraux ne sont pas en rapport avec ces troubles fonctionnels; la fièvre est peu intense, l'état général reste bon; tout semble localisé à la langue.

La maladie dure en moyenne de deux à huit ou dix jours; sa marche est constamment aiguë, et souvent même tellement rapide, qu'en quelques heures la vie du malade peut être compromise. Weger dut recourir dans un cas de ce genre à la trachéotomie pour prévenir une asphyxie imminente.

La glossite peut se terminer de différentes manières. Le plus souvent la résolution survient; on voit alors les phénomènes généraux et locaux s'amender et les fonctions de la langue se rétablir peu à peu. D'autres fois l'inflammation passe à la suppuration et un abcès se forme : Després (1) en rapporte deux cas dans sa thèse sur les tumeurs des muscles. Cette suppuration est annoncée par une exacerbation des symptômes locaux et généraux; une tuméfaction violacée, molle, fluctuante, protubérante sur une des faces ou un des bords de la langue. Lorsque cet abcès s'ouvre spontanément ou est ouvert par le chirurgien, il donne issue à un pus généralement fétide; cette évacuation est suivie d'une amélioration rapide.

La langue enflammée peut également se gangréner. Cette terminaison a surtout été signalée dans les glossites qui se développent dans le cours des fièvres graves; mais, en dehors de ces cas, où le sphacèle est plus ou moins généralisé, il n'est pas très-rare de voir la gangrène survenir au niveau de la partie pressée entre les arcades dentaires. Dans quelques observations, la portion située en dehors des dents est tombée complètement mortifiée; l'arrêt de la circulation dans cette extrémité donne très-bien l'explication de cet accident.

Enfin, ajoutons que dans quelques cas heureusement rares, la tuméfaction a été si rapide, que les malades ont succombé asphyxiés. Lyfor (2) rapporte l'histoire d'un individu qui mourut trente-deux heures après le début de la glossite.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la glossite parenchymateuse est facile et s'établit par la seule inspection de l'organe. L'exacerbation des symptômes succédant parfois à une véritable rémission, la diminution relative de la douleur locale et de la tension, jointe à la persistance du gonfle-

(1) *Tumeurs des muscles*, thèse d'agrég. Paris, 1866.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. XVI, p. 129.

ment, feront soupçonner la terminaison par suppuration. Une fois formé, l'abcès ne saurait être confondu avec aucune autre tumeur. Les antécédents, le mode d'apparition du gonflement ne laisseront aucun doute.

La cause de la glossite sera aussi facile à déterminer; dans les cas de renseignements incomplets, une salivation abondante, une haleine très-fétide, une gingivite et une stomatite concomitantes, plaideront en faveur d'une glossite d'origine mercurielle.

PRONOSTIC. — On devra toujours être réservé sur le pronostic d'une glossite parenchymateuse, car bien que, dans bon nombre de cas, la maladie soit légère, il n'est pas très-rare de lui voir acquérir en quelques heures une très-grande gravité. La nature de la cause, l'intensité de l'inflammation, la constitution du malade, établiront du reste dans le pronostic de nombreuses différences.

TRAITEMENT. — Si la glossite est légère, les gargarismes émollients, les lavages répétés, unis à quelques purgatifs ou aux antiphlogistiques locaux ou généraux, suffiront pour conjurer les accidents. Dans une forme plus aiguë, lorsqu'il y a menace de suffocation, on ne devra pas hésiter à pratiquer sur la langue, dans le sens de sa longueur, de longues et profondes incisions; les plaies qui succèdent à ces larges incisions donnent lieu à un dégorgeement rapide des tissus et se cicatrisent avec facilité.

S'il y avait un abcès, il faudrait l'ouvrir dans le point le plus fluctuant et ne pas craindre de faire une incision d'une certaine étendue, sous peine de voir l'ouverture se refermer.

Enfin, dans les cas où la suffocation sera imminente, on devra, à l'exemple de Weger et préalablement à toute action directe sur la langue, pratiquer la trachéotomie. Une fois le danger d'asphyxie écarté, on traitera la glossite par les moyens que nous venons d'indiquer.

## 2° Tumeurs.

Les tumeurs de la langue ne sont pas rares et présentent d'assez nombreuses variétés; cependant elles ne se montrent pas toutes avec la même fréquence. Le *prolongement hypertrophique* ou *macroglossie*, les *tumeurs syphilitiques* et *cancéreuses*, sont celles que l'on observe le plus habituellement; les tumeurs *fibreuse*s, les *lipomes*, les *kystes*, les *angiomes*, sont beaucoup moins communs.

MAISONNEUVE, *Des tumeurs de la langue*, thèse de concours. Paris, 1848.

### A. Prolongement hypertrophique (macroglossie).

Cette affection, désignée également sous le nom de *lingua vituli*, *lingua vitulina*, *lingua propendula*, *prolapsus de la langue*, a été mentionnée pour la première fois par Galien, puis étudiée avec soin par Lassus, Percy, Maisonneuve, et dans ces dernières années par Gayraud, qui, dans une thèse remarquable, a réuni tout ce qui avait été écrit sur ce sujet.

Enfin on trouvera dans les publications étrangères des observations récentes sur cette curieuse maladie. Nous donnons ici les sources auxquelles on pourra puiser.

LASSUS, *Mémoires de l'Institut, sciences phys. et mathémat.*, t. I, p. 4. — PERCY et LAURENT, *Dict. des sciences médicales*, t. XXVII, p. 244. — DELPECH, *De prolapsu linguæ* (*Bull. clin. de Montpellier*, 1834, t. IV, p. 229). — LEUW, *De macroglossia, seu prolapsu linguæ*. Berolini, 1845. — HUMPHRY, *Hypertrophy and Prolapse of the Tongue* (*Med.-chir. Transact.*, 1853, t. XXXVI, p. 423). — HODGSON, *Hypertrophy of the Tongue* (*ibid.*, p. 429-433). — SÉDILLOT, *Sur l'hypertrophie de la langue* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1854). — GAYRAUD, *Étude sur le prolongement hypertrophique de la langue*, thèse de Montpellier, 1865, n° 68. — GIES, *Ueber die Macroglossia* (*Archives de Langenbeck*, 1873, p. 630).

ÉTILOGIE. — Le prolongement hypertrophique de la langue peut être congénital ou acquis; mais c'est presque toujours dans la période de la première enfance qu'il se développe.

Au point de vue étiologique, le phénomène morbide est complexe : l'hypertrophie précède-t-elle le prolapsus ou n'est-elle qu'une conséquence de la difficulté de ramener la langue dans la cavité buccale? Ce point est loin d'être complètement résolu. Gayraud pense, avec Lassus, Boyer, que le prolapsus précède d'ordinaire l'hypertrophie, contrairement à l'opinion adoptée par Mussey (de New-York) (1) et Hodgson (2).

Quoi qu'il en soit, les causes du prolapsus restent fort obscures. On a rattaché le développement de la maladie à un vice de conformation de la bouche, aux efforts de succion, à l'habitude de se mordre la langue et de la tenir au dehors. On a également noté, au nombre des causes occasionnelles, les convulsions, les attaques d'épilepsie, les quintes de toux.

A ces causes, plus ou moins contestables, on doit en ajouter d'autres qui, une fois le déplacement produit, tendent à l'augmenter et déterminent l'hypertrophie de l'organe. C'est dans ce sens qu'agit la pression continue des dents sur la partie procidente; de même le contact de l'air et des corps extérieurs favorise le développement d'une glossite et entretient sans cesse une irritation favorable à l'accroissement du volume de la langue.

D'après Leuw et Gayraud, la macroglossie se rencontrerait plus souvent chez la femme que chez l'homme; enfin il nous a semblé que, rare dans notre pays, l'hypertrophie de la langue est plus commune en Angleterre, en Amérique et en Allemagne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tous les éléments participent-ils à la dégénérescence, ou bien la lésion ne porte-t-elle que sur quelques-uns d'entre eux? D'après les recherches micrographiques les plus récentes, il semble

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 394.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 96.

admis aujourd'hui que, dans un grand nombre de cas, le tissu conjonctif intermusculaire, le tissu musculaire lui-même et les vaisseaux sont le siège principal de cette hypertrophie. Le docteur Weber (de Bonn) (1) a noté la formation néoplastique évidente de nombreuses fibres musculaires striées, et Gayraud, dans une observation qui lui est particulière, a constaté également cette hypertrophie musculaire, mais n'a pu reconnaître du tissu musculaire en voie de formation. Concomitamment on a rencontré une hypertrophie considérable de la muqueuse linguale, des papilles; il en est probablement de même des vaisseaux et des nerfs, mais sans qu'il soit possible de l'affirmer dans l'état actuel de la science.

Virchow et Billroth (2) ont avancé que, dans certains cas, l'hypertrophie linguale reconnaît pour cause une ectasie des vaisseaux lymphatiques de la langue avec stase de la lymphe; le tissu de la langue ressemble alors à un véritable tissu caverneux, dont les mailles renferment un liquide jaunâtre présentant toutes les propriétés de la lymphe. Cette disposition caverneuse existait également dans un fait de H. Maas (3); enfin, plus récemment, Winiwarther (4) a rapporté une observation intéressante de macroglossie congénitale avec hygroma cystique du plancher de la bouche. La tumeur était constituée par une réunion de kystes occupant les espaces intermusculaires du plancher buccal et se prolongeant jusqu'au tissu caverneux qui formait le moignon de la langue. Ces diverses parties étaient sans communication entre elles, et il était impossible de reconnaître une limite nette entre la macroglossie et la dégénérescence cystique.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'hypertrophie de la langue existe souvent dès la naissance, mais passe fréquemment inaperçue. Les enfants tentent avec facilité; ils ont seulement la bouche ouverte et portent volontiers la langue entre les lèvres.

Plus tard, vers l'âge de deux ou trois ans, les phénomènes se prononcent davantage; la langue hypertrophiée fait saillie entre les lèvres entr'ouvertes, et il faut un effort du petit malade pour la faire rentrer dans la cavité buccale; la salivation est abondante, le rapprochement des mâchoires difficile. Cet état peut persister un temps plus ou moins long sans que la santé des enfants soit compromise; puis, l'hypertrophie augmentant, la langue devient entièrement procidente.

A cette période, période d'état de Bouisson, la langue présente un volume parfois incroyable. Delpech (5) a cité un cas dans lequel la langue était dix fois plus considérable qu'à l'état normal. Une grande partie

(1) Weber, *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 631.

(2) Billroth, *Élém. de pathol. chir. génér.*, p. 725.

(3) *Gaz. hebdom.*, 23 août 1872.

(4) *Archives de Langenbeck*, 1874, Ed. XVI, lit. 3.

(5) *Gaz. des hôp.* Paris, 1831, p. 352.

de l'organe sort au dehors et s'étale au devant du menton, présentant, suivant l'expression de Gaspard Pencer, les apparences d'une langue de veau. On ne réussit pas toujours à la faire rentrer dans la bouche, et si l'on y parvient, elle ressort presque immédiatement. Cette tumeur est,

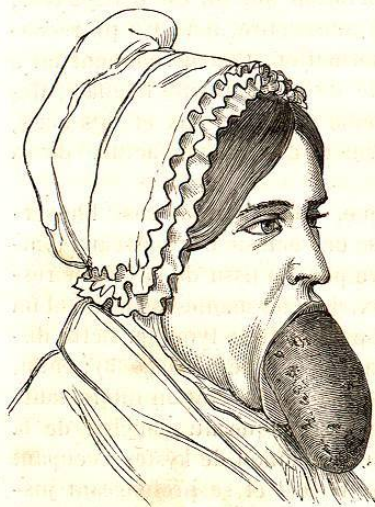


Fig. 174. — Macroglossie.

en général, indolente, à moins que des causes extérieures ne viennent occasionner une poussée inflammatoire. Sa surface est tantôt rosée, tantôt grisâtre, tantôt rouge; parfois rugueuse, sèche, noirâtre et recouverte de fuliginosités dues à la présence de salive et de mucus desséchés; les papilles sont notablement hypertrophiées. La consistance de l'organe est presque normale, et il n'est pas rare de constater la présence de veines variqueuses sur les côtés du frein. Si l'hypertrophie dure depuis quelque temps, on observe au niveau des arcades dentaires un sillon circulaire plus ou moins profond; en général plus prononcé à la face inférieure, il est souvent le siège d'ulcération, d'où s'é-

coule une sanie fétide qui se mêle à la salive. Enfin, la partie renfermée dans la bouche conserve ses dimensions et son apparence presque normales.

Une difformité aussi considérable ne saurait persister pendant longtemps sans amener des désordres sérieux, soit du côté des organes voisins, soit dans l'exercice des fonctions.

Le maxillaire inférieur éprouve tout d'abord des modifications notables. Si la macroglossie est congénitale, il est arrêté dans son développement, et cette atrophie portant surtout sur le bord libre, il en résulte que la portion horizontale est moins épaisse, moins haute et éprouve parfois un véritable mouvement de torsion qui peut aller jusqu'à rendre horizontales ses faces antérieure et postérieure. Les incisives inférieures subissent la même déviation que le maxillaire; elles se dirigent en avant, sont écartées les unes des autres; par suite elles se déchaussent, s'ébranlent facilement et tombent ou s'usent rapidement; quelquefois pourtant un dépôt abondant de tartre peut les protéger et empêcher leur chute, comme dans les cas de Sédillot et de Bouisson.

Les grosses molaires inférieures et les dents de la mâchoire supérieure subissent des altérations moindres; toutefois, ne pouvant se mettre en contact, elles sortent de leurs alvéoles et s'allongent. Dans quelques cas les incisives inférieures sont usées par le frottement continu de la langue et ressemblent à de véritables chicots qui tombent facilement.

La lèvre inférieure, sans cesse repoussée en avant et en bas, se renverse en dehors, devient pendante, s'allonge et éprouve elle-même une véritable hypertrophie; elle est parfois le siège d'un état œdémateux qui favorise la formation d'ulcérations sur sa face interne et son bord libre. Les gencives sont rouges, parfois fongueuses et saignantes. Enfin la langue, entraînée de plus en plus en bas et en avant, attire l'os hyoïde et le larynx, qui se trouvent remontés; les amygdales et le voile du palais sont également entraînés en avant.

La préhension des aliments solides ou liquides devient impossible; on est obligé de porter ceux-ci sur la langue ou au fond de la bouche. La mastication étant très-difficile, on ne peut donner aux malades que des aliments liquides ou en bouillie. Chez les jeunes enfants, la succion ne peut se faire parfois que par un mécanisme particulier: dans un cas rapporté par F. Clarke (1) l'enfant était forcé, pour déterminer la succion, d'enrouler sa langue procidente autour du mamelon. La nutrition est forcément imparfaite et l'état général se ressent vite de ce défaut d'alimentation. Il faut ajouter que l'amaigrissement et le marasme sont encore augmentés par l'écoulement continu de la salive et son abondance exceptionnelle; la sécheresse de la bouche et le déplacement de l'os hyoïde et du larynx rendent la déglutition plus difficile.

La respiration, habituellement normale, se fait par les fosses nasales ou la bouche largement ouverte.

La phonation et la prononciation sont altérées; les malades balbutient des mots inintelligibles, poussent des cris rauques, stridents; pourtant quelques sujets finissent par articuler assez bien pour se faire comprendre. Quant aux autres fonctions, elles ne présentent rien d'anormal; sauf un amaigrissement et une faiblesse plus ou moins accusés, l'état général reste le plus souvent assez satisfaisant.

La marche du prolongement hypertrophique est essentiellement progressive; lente au début, elle reçoit bientôt une impulsion subite qui en accélère les progrès. Arrivée à un certain degré, la maladie peut rester stationnaire, et cela aussi longtemps que la vie même du sujet, ou jusqu'à ce que la chirurgie intervienne. Durant cette période, il n'est pas rare de voir survenir des exacerbations, des inflammations, à la suite des changements brusques de température, des morsures. Delpech (2) a signalé chez une femme la régularité de ces états inflammatoires à chaque époque menstruelle.

PRONOSTIC. — Quelques auteurs, avec Boyer, pensent que le prolapsus de la langue ne constitue pas d'ordinaire une maladie sérieuse; cette opinion est vraie en partie seulement. En effet, dans la première phase de l'affection, lorsqu'il n'y a qu'hypertrophie, le pronostic est peu grave; à ce moment, un traitement bien dirigé en triomphe généralement. Mais

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1872, vol II, p. 85.

(2) *Loc. cit.*, p. 354.

il ne faut pas se flatter d'une terminaison favorable spontanée, car jamais la guérison n'a été obtenue par les seules forces de la nature. D'un autre côté, si l'on n'intervient pas, les malades peuvent succomber soit par suite de l'épuisement général, soit par suite de complications, d'accès de suffocation. Enfin, même après l'ablation de la partie procidente, il n'est pas impossible de voir des troubles persister du côté de la prononciation, de la mastication et même de la conformation régulière de la face.

TRAITEMENT. — Le traitement varie avec la période de la maladie. Au début du prolapsus congénital, il consiste surtout à éloigner les causes qui peuvent faire porter la langue en avant. Ainsi, on donnera à l'enfant une nourrice dont le mamelon sera long et volumineux; ou bien, comme le conseille Lassus, on élèvera l'enfant au biberon, en ayant soin de projeter le lait dans la bouche de l'enfant. Entre les repas, on devra maintenir la bouche fermée et les mâchoires rapprochées, à l'aide d'un bandage en fronde, pour s'opposer à la sortie de la langue.

On a conseillé l'emploi des purgatifs répétés, des lotions émollientes, des saignées locales (incisions sur la langue, saignée des veines ranines). Ces différents moyens s'attaquent plutôt au gonflement inflammatoire, et sont presque inutiles dans la véritable hypertrophie. Aussi, lorsque la maladie est arrivée à un développement considérable, le chirurgien doit recourir à des moyens plus énergiques, tels que la *compression* ou l'*excision de la partie procidente*.

La *compression*, tentée pour la première fois par Leblanc (d'Orléans), en 1772, a donné de nombreux succès entre les mains de Freteau (1), Delpech, Murray, Humphry, etc. Elle se fait par deux procédés: soit par compression indirecte et rétropulsion (Leblanc), soit par compression directe (Freteau). Dans le premier cas, on enferme la tumeur dans un sachet de toile qu'on attire en arrière au moyen de cordons que l'on fixe à la nuque; le second procédé consiste à envelopper la totalité de la tumeur dans un bandage compressif méthodiquement appliqué. Il est inutile de dire que l'application de ce dernier moyen n'est pas toujours facile.

Quand la compression a échoué, l'*excision* est la dernière ressource. Cette excision est partielle ou totale, et se fait soit avec des instruments tranchants (ciseaux, bistouri), soit au moyen de la ligature ou de l'écrasement linéaire. L'ablation avec le bistouri expose à des hémorragies d'autant plus graves que, par suite de l'hypertrophie de l'organe, les vaisseaux ont subi un développement considérable; aussi conseillons-nous de préférence la *ligature* ou l'*écraseur*: ce dernier instrument sera employé toutes les fois qu'il faudra agir rapidement, la ligature demandant plusieurs jours avant que la mortification soit accomplie.

Quel que soit le procédé adopté, quelle étendue de la langue doit-on

(1) Freteau, *Journ. de Sébillot*, t. LVII.

sacrifier? Il suffit, d'après les observations connues, de retrancher la portion de l'organe qui fait saillie au dehors de la bouche; on pourra se guider, comme limites, sur le sillon produit par les arcades dentaires, en portant l'instrument un peu en arrière de lui.

Une fois la portion procidente enlevée, le rôle du chirurgien n'est pas encore terminé; il a souvent à se préoccuper des complications. Ainsi, on redressera les incisives et les canines trop déviées, on enlèvera les molaires trop saillantes, on favorisera le redressement de la mâchoire par un bandage approprié; enfin, si la lèvre inférieure reste exubérante au point de former une véritable difformité, on pourra faire l'excision d'une portion de cette lèvre en enlevant soit un lambeau en V, soit une bandelette transversale.

#### B. Tumeurs vasculaires.

Les tumeurs vasculaires de la langue sont très-rares; les quelques observations que l'on possède appartiennent aux deux types suivants, que nous allons étudier successivement, l'*anévrisme* et la *tumeur érectile*.

a. *Anévrisme*. — La tumeur anévrysmale peut se rencontrer soit à l'état d'*anévrisme circonscrit*, soit à l'état d'*anévrisme diffus*.

Dans un cas de Colomb (1), la tumeur occupait la partie moyenne et supérieure de la langue; elle était de la grosseur d'une noisette, nettement circonscrite, et donnait au doigt la sensation d'un véritable frémissement et de pulsations isochrones à celles du pouls; la tumeur augmentait dans les efforts, les cris et quand le malade parlait à haute voix. La muqueuse qui la recouvrait était normale et n'adhérait pas au tissu sous-jacent.

Abandonnée à elle-même, cette lésion pourrait devenir grave et parcourir les phases ordinaires des tumeurs anévrysmales. Aussi, dès qu'elle aura été reconnue devra-t-on chercher à en arrêter la marche. On pourra avoir recours au procédé employé par Colomb: après avoir lié le vaisseau artériel au-dessus et au-dessous de la tumeur au moyen d'une ligature médiante, ce chirurgien ouvrit le sac et le vida des caillots qu'il contenait; cinq jours après la guérison était complète.

A la suite d'une plaie de la langue une artère peut être intéressée; le sang s'épanche alors dans le tissu ambiant, et constitue bientôt une tumeur qui, restant en communication avec le torrent circulatoire par la plaie artérielle non fermée, forme un anévrisme *faux primitif*. Maisonneuve a rapporté un cas de ce genre qui fut traité et guéri par la ligature de la linguale dans la plaie préalablement agrandie.

L'*anévrisme diffus* se présente sous la forme d'une tumeur indolente, mal circonscrite, sans fluctuation évidente, sans battements bien appré-

(1) *Œuvres médico-chirurg.*, p. 451.