

ciables, mais animée d'un frémissement cataire caractéristique. La tumeur ne détermine de troubles fonctionnels que si elle est volumineuse. Rarement stationnaire, elle augmente peu à peu de volume; parfois la suppuration s'en empare et des accidents graves peuvent en être la conséquence.

Les circonstances spéciales dans lesquelles apparaît la tumeur, l'absence ou la faiblesse extrême des pulsations, la feront différencier de l'anévrysme vrai circonscrit.

Le traitement le plus rationnel, lorsque la plaie est convenablement disposée, est de recourir au procédé employé par Maisonneuve. On pourrait également faire la compression médiate à l'aide d'un fil métallique double porté en arrière de la plaie à travers l'épaisseur de la langue, et serré à droite et à gauche. Ce moyen a réussi entre les mains de Pasturel (de Saint-Alban) (1). Si l'hémorrhagie persiste, si la tumeur résiste à ces moyens, on aura recours à la ligature de la linguale dans un point éloigné de la lésion.

*b. Tumeurs érectiles.* — Cette variété de tumeurs vasculaires est plus fréquente que la précédente; par suite, ses caractères anatomiques sont mieux connus, ses symptômes mieux caractérisés. Oct. Foucher (2) a réuni dans sa thèse inaugurale les différentes observations publiées jusqu'alors, et a pu en déduire un ensemble didactique assez complet.

Ces tumeurs sont *congénitales* ou apparaissent à une époque plus ou moins éloignée de la naissance; elles succèdent presque toujours à un *nævus maternus*, ou coïncident avec d'autres tumeurs de même nature situées dans le voisinage, comme aux lèvres, à la joue ou même au cou.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Suivant que la lésion occupe les capillaires artériels, veineux, ou les deux simultanément, la tumeur est dite *artérielle*, *veineuse* ou *mixte*. Les tumeurs érectiles de la langue présentent les mêmes caractères anatomiques que dans les autres régions de l'économie. Le plus souvent située à la base de la langue, la tumeur est tantôt superficielle, tantôt profonde. Suivant Foucher, les tumeurs superficielles seraient plutôt d'origine artérielle, et les profondes d'origine veineuse.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — En général congénitale, la maladie se développe sur un *nævus* qui se transforme en élevation. Celle-ci s'accroît de plus en plus. La muqueuse qui la recouvre devient rosée, puis d'un rouge vif, rappelant l'aspect d'une framboise.

Quel qu'en soit le début, lorsque la tumeur existe, elle se présente sous la forme d'une saillie de volume variable, molle, élastique, comme fluctuante; la palpation fait constater une sorte de frémissement ou même des pulsations. Si on la presse entre les doigts, elle pâlit, s'affaisse

(1) Cité par Bouisson, *Dictionn. encyclop.*

(2) *Des tumeurs érectiles de la langue*, thèse de Paris, 1862.

plus ou moins, pour revenir à son volume primitif dès que la compression cesse; la compression de la carotide primitive produit le même résultat. Enfin, la tumeur vient-elle à être déchirée, un écoulement de sang plus ou moins abondant se produit par la petite plaie; parfois l'hémorrhagie peut être très-grave. Tels sont, en résumé, les caractères d'une tumeur érectile *artérielle*.

La tumeur érectile *veineuse* offre une teinte bleuâtre, est plus molle, plus souple, et souvent entourée de veines dilatées; elle n'a ni battements ni frémissements, et ne revient que lentement à son volume primitif, lorsqu'on en a chassé le sang par une compression régulière. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont en rapport avec le siège et le volume de la tumeur.

**TRAITEMENT.** — Nous ne passerons pas en revue tous les traitements préconisés en général pour les tumeurs érectiles. Nous indiquerons seulement ceux qui sont plus particulièrement applicables aux tumeurs de la langue, tels que : 1° la *cautérisation* à l'aide d'aiguilles rougies à blanc enfoncées dans la tumeur, suivant le procédé de Lallemand; 2° l'*extirpation*, préférable quand la production morbide est superficielle, circonscrite, accessible au chirurgien; 3° la *ligature simple*, si la tumeur est petite ou pédiculée; *multiple*, si elle est volumineuse ou à large base. Enfin, si la tumeur s'accompagne de productions analogues dans les organes voisins (plancher de la bouche, lèvres, joues), peut-être sera-t-il prudent de ne pas toucher à la tumeur linguale, à moins qu'elle ne soit assez circonscrite pour qu'on puisse en arrêter les progrès trop rapides, ou remédier aux inconvénients qu'elle détermine.

#### C. Lipome.

Cette variété de tumeur se rencontre si rarement dans la langue, que les auteurs du *Compendium de chirurgie* donnaient encore en 1861 l'observation de Bastien comme unique dans la science; depuis cette époque quelques faits nouveaux, quoique peu nombreux, ont été publiés.

L'étiologie des lipomes de la langue est des plus obscures : dans les quatre faits que nous connaissons, un seul a été observé chez un vieillard, les trois autres chez des individus d'un âge peu avancé (de vingt à trente ans); enfin, chez une malade de Mason (1), la tumeur semblait congénitale.

Tantôt la tumeur est superficielle et située immédiatement au-dessous de la muqueuse, tantôt elle prend naissance dans la profondeur de la langue au milieu des fibres musculaires qui s'étalent à sa surface : c'est ce qui existait chez le malade dont Follin a présenté l'observation à la

(1) *The Lancet*, 7 nov. 1863.

Société de chirurgie (1). Le siège de la tumeur est variable, mais le plus ordinairement le lipome occupe la partie antérieure et dorsale de la langue. En général unique, la lésion peut parfois être multiple, comme dans l'observation de Mason; la malade, âgée de vingt-sept ans, portait depuis sa naissance trois tumeurs de volume inégal et situées sur la région dorsale de la langue.

Le lipome constitue une tumeur parfois sessile, le plus souvent pédiculée, d'un volume variant d'une noisette à celui d'un œuf, indolente, à forme assez régulièrement arrondie; dans quelques cas, lorsque la tumeur est tout à fait superficielle, elle présente des bosselures irrégulières. La muqueuse qui la recouvre ne présente pas de changement de coloration et n'adhère pas au tissu sous-jacent; dans les cas de Follin et de Bouisson (2), l'enveloppe muqueuse présentait un aspect jaunâtre ou grisâtre. A la palpation, la tumeur donne la sensation d'une mollesse particulière, qui se rapproche parfois tellement de la fluctuation, qu'une erreur de diagnostic serait des plus faciles si le chirurgien n'avait recours, dans le doute, à une ponction exploratrice. Enfin, lorsque le lipome a pris un développement considérable, il n'est pas très-rare de voir la partie saillante s'enflammer et s'ulcérer. Il ne survient ni engorgement ganglionnaire, ni phénomène d'infection générale.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont ordinairement peu considérables et n'existent que lorsque la tumeur a acquis un assez grand volume.

Le pronostic est des plus bénins; la maladie est toute locale, et une fois enlevée, la tumeur n'a pas de tendance à reparaitre.

Le seul remède rationnel est l'extirpation; on peut la faire soit avec le bistouri, comme Laugier (observ. de Bastien), soit par la ligature, comme Mason, soit encore avec la galvanocaustique, comme Follin. Quoiqu'il en soit, il est bon de rappeler que la plupart du temps la tumeur est facilement énucléable.

Si le lipome est petit ou offre un pédicule étroit, l'excision avec suture immédiate constitue le procédé le plus simple et le plus rapide. La tumeur est-elle sessile et volumineuse, ou pourvue d'un large pédicule, en sorte qu'on puisse craindre quelque hémorrhagie, il sera préférable de recourir à l'écrasement linéaire ou à la galvanocaustique.

#### D. Fibromes.

Les fibromes de la langue sont très-rares, car c'est à peine si l'on en connaît quelques observations bien authentiques; aussi leurs caractères sont-ils encore peu connus.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, février 1866.

(2) *Dictionn. encyclop.*, 2<sup>e</sup> série, t. I, p. 400.

Parfois congénitales, ces tumeurs se développent le plus souvent dans l'âge adulte; leurs causes, ici comme dans les autres organes, nous sont complètement inconnues.

Le siège des fibromes est très-variable; on les rencontre tantôt à la surface, tantôt dans la profondeur de la langue. Dans la plupart des observations, la maladie occupait la face dorsale et la région antérieure de cet organe; toutefois Erichsen a cité un cas dans lequel la tumeur était située à la face inférieure et ressemblait à une langue surnuméraire. Pooley (1) rapporte, dans *American Journal* d'avril 1872, l'histoire d'une jeune fille affectée d'une tumeur fibreuse située à la base même de la langue, et qui déterminait des accès de suffocation en venant s'appliquer sur l'orifice supérieur du larynx.

Le point de départ des fibromes est dans le tissu fibro-celluleux de la langue, et lorsqu'on vient à les enlever, il est facile de voir que les fibres musculaires ne sont pas envahies par le produit pathologique; elles sont refoulées sur les parties latérales, à mesure que la tumeur se développe. A l'examen microscopique on trouve tous les éléments appartenant aux tumeurs fibreuses en général.

Certains fibromes offrent à la coupe une disposition concentrique régulière, disposition qui, d'après Billroth, tient à ce que le tissu fibreux se formerait autour de vaisseaux ou de nerfs. L'observation du docteur Waterhouse (d'Exeter) (2) semble confirmer cette opinion de Billroth; dans ce cas particulier, en effet, la partie centrale du fibrome renfermait quelques traces de tissu graisseux et offrait une coloration brunâtre due à la présence de petits épanchements sanguins.

Le fibrome de la langue se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou ovoïde, nettement circonscrite, tantôt sessile et se continuant par sa périphérie avec le tissu lingual, tantôt pédiculée et comme suspendue à la manière d'un polype. Ordinairement uniques, ces tumeurs se montrent parfois en assez grand nombre dans la langue; mais cet état ne persiste pas longtemps, les petits noyaux isolés ne tardent pas à se réunir et à constituer une tumeur unique. D'une consistance dure, élastique, elles sont presque toujours indolentes et suivent dans leur évolution une marche très-lente; il est rare de leur voir dépasser le volume d'une grosse noix verte; le plus généralement elles présentent celui d'une noisette ou d'une petite noix.

Le fibrome peut s'arrêter dans son évolution et rester stationnaire, surtout à un certain âge de la vie, mais aussi à ce moment on voit parfois la surface de la tumeur rougir, s'enflammer, puis s'ulcérer. L'ulcération est grisâtre, superficielle et n'a pas de tendance à l'envahissement ni aux hémorrhagies. Chez la malade de Pooley, cependant, les hémorrhagies furent si abondantes et si graves, que la jeune fille était arrivée au

(1) *Arch. génér. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, 1872, t. XX, p. 89.

(2) *Ibid.*, p. 93.

degré extrême de l'anémie; ce fut ce qui déterminâ le docteur Pooley à intervenir. A cette période, on observe quelquefois un engorgement des ganglions sous-maxillaires, mais cet engorgement doit être attribué à l'ulcération et non pas à la malignité plus ou moins grande de la maladie.

Au point de vue des troubles fonctionnels, les fibromes de la langue ne donnent naissance à une gêne de la mastication ou de la parole que lorsqu'ils sont assez volumineux; au début ils peuvent fort bien passer inaperçus. Dans certains cas assez rares, du reste, ces tumeurs peuvent déterminer des phénomènes d'asphyxie, des accès de suffocation, lorsqu'elles occupent la base de la langue, comme chez la malade de Pooley.

Le pronostic de ces tumeurs n'est pas en général grave; la maladie reste longtemps localisée, n'envahit pas l'économie, et une fois enlevée, n'a pas de tendance à reparaitre. Toutefois il est bon de savoir que, dans quelques circonstances, un fibrome peut devenir l'origine de symptômes alarmants (hémorragies, accès de suffocation).

Le seul traitement rationnel applicable aux fibromes est l'extirpation, laquelle est généralement suivie d'une prompt guérison. On aura recours soit à l'excision simple, soit à la ligature ou mieux à l'écraseur linéaire. La première méthode est surtout indiquée pour des tumeurs superficielles de petit volume et facilement accessibles à l'opérateur. Le fibrome est-il volumineux, situé profondément à la base de la langue, mieux vaut avoir recours à l'écrasement linéaire, qui met plus sûrement à l'abri des hémorragies.

#### E. Kystes.

Les kystes qui ont été observés dans la langue sont de différentes espèces: les plus rares sont les *kystes pileux*, dont on trouve un exemple dans les *Observations* d'Amatus Lusitanus, et les *kystes athéromateux*; les plus fréquents sont les *kystes hydatiques*, et surtout les *kystes séreux simples*.

Quelques kystes peuvent avoir pour point de départ des éléments glandulaires et renfermer un liquide muqueux plus ou moins épais. Cette variété de tumeur se rapproche donc de la grenouillette sublinguale; aussi l'analogie de la lésion, son siège fréquent à la face inférieure de la langue, lui ont-ils fait donner par quelques chirurgiens le nom de *grenouillette linguale*. Cette dénomination n'a pas prévalu, et ces kystes sont désignés aujourd'hui sous le nom de *kystes muqueux*. Bouisson (de Montpellier) (1) en rapporte un cas d'autant plus intéressant, que l'examen histologique et clinique a pu être fait complètement.

Quelle que soit leur nature, ces kystes se rencontrent de préférence à la base de la langue; ce siège est en rapport avec l'abondance des éléments glandulaires dans ce point. Le plus ordinairement superficiels, ils prennent quelquefois naissance dans la profondeur de l'organe.

(1) *Dict. encyclop.* Paris, 2<sup>e</sup> série, 1868, t. II, p. 398.

On les rencontre à tous les âges. Les auteurs du *Compendium* en ont observé un chez une petite fille de huit ans, et Paul Dubois (1) a donné comme un exemple de kyste congénital l'observation d'un kyste qu'un nouveau-né, âgé de deux jours, portait à la partie inférieure et libre de la langue.

Les kystes de la langue constituent des tumeurs indolentes; la fluctuation est en général difficile à constater, à moins que la tumeur ne soit superficielle et à parois minces. Ordinairement d'un petit volume, ces kystes ne s'accompagnent presque jamais de troubles fonctionnels sérieux; cependant ils peuvent gêner la mastication, la prononciation de quelques consonnes, et, s'il s'agit d'un nouveau-né, comme dans le fait de Dubois, la succion peut être à ce point impossible, que la vie du petit malade soit menacée par défaut d'alimentation.

Le diagnostic de la variété de kyste ne peut être établi d'une façon certaine que par une ponction exploratrice qui fera reconnaître la nature exacte du liquide renfermé dans la tumeur. Quant au pronostic, il ne saurait être grave, à moins que l'impossibilité de la succion ne détermine des accidents sérieux, ce qui doit être regardé comme exceptionnel.

Le traitement de ces kystes est en général assez simple. Si la tumeur renferme un liquide séreux et a des parois minces, une ponction évacuatrice, suivie ou non d'injection iodée, suffira dans le plus grand nombre des cas pour amener la guérison. Mais parfois ces moyens restent insuffisants, ou bien la tumeur se reproduit après un temps plus ou moins long; dans ces cas, on aura recours, soit à l'incision, soit mieux à l'excision complète ou partielle de la tumeur.

L'excision complète est souvent difficile et dangereuse à cause des connexions du kyste avec les tissus de la langue; aussi est-il préférable de recourir à l'excision partielle. Le meilleur procédé est celui que recommandent les auteurs du *Compendium de chirurgie*; il consiste à embrocher avec un ténaculum la portion libre, saillante de la tumeur, et à retrancher, avec des ciseaux courbes portés derrière cet instrument, toute la partie ainsi embrochée. Il en résulte une perte de substance qui laisse écouler le contenu du kyste; on fait ensuite une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent dans la portion de la poche restée adhérente à la langue. Au bout de quelques jours la guérison est complète.

#### F. Tumeurs syphilitiques.

La langue est assez fréquemment le siège de tumeurs appartenant à des périodes diverses de l'évolution de la syphilis. Tous les traités sur la syphilis mentionnent ces lésions, qui ont de plus donné naissance à quelques travaux originaux que l'on pourra consulter avec avantage.

(1) *Gaz. médic.*, 1833, p. 133.

LAGNEAU, *Tumeurs syphilitiques de la langue* (*Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. XV, p. 564). — CHAPUIS, *Des tumeurs gommeuses de la langue*, thèse de Paris, 1873.

Quelques auteurs divisent ces tumeurs en deux catégories, suivant qu'elles appartiennent à la période *secondaire* ou *tertiaire* de la syphilis. Quoique cette division se retrouve dans le *Compendium de chirurgie* et dans l'article de Bouisson, nous ne pensons pas qu'elle mérite d'être conservée et que l'on doive admettre des tumeurs appartenant à la seconde période de la syphilis. En effet, les auteurs du *Compendium* rangent dans la classe des tumeurs d'origine secondaire les plaques muqueuses; or, quelle que soit la saillie d'une plaque muqueuse, il est impossible de la considérer comme constituant une tumeur. Nous ne nous occuperons donc que des tumeurs linguales se rattachant à la période tertiaire de la syphilis.

Ces tumeurs n'ont pas toujours la même origine; elles se développent tantôt aux dépens des couches profondes du derme, tantôt aux dépens de la couche musculaire. Suivant ce siège anatomique différent, elles sont *superficielles* ou *profondes*. Les premières, situées immédiatement sous la muqueuse, sont solitaires et médianes, ou multiples et bilatérales; les secondes se rencontrent de préférence à la base de la langue et sont généralement uniques.

Au point de vue histologique, il paraît démontré aujourd'hui que les tumeurs profondes, d'origine musculaire, appartiennent à la catégorie des gommes des muscles, dont elles présentent tous les caractères microscopiques et anatomiques; nous les avons décrites en traitant des tumeurs syphilitiques des muscles en général (1). Quant aux tumeurs sous-muqueuses, quelques auteurs semblent vouloir les rattacher à une sorte d'hypertrophie du derme lingual, mais les observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'il soit permis de se prononcer à cet égard.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les tumeurs syphilitiques de la langue se présentent parfois sous la forme d'une tumeur unique, assez bien circonscrite, occupant le plus souvent la base de cet organe. Mais, dans la plupart des cas, la tumeur est constituée par une réunion de noyaux durs, gros comme des noisettes ordinairement multiples, rapprochés les uns de la face supérieure, les autres de la face inférieure de la langue. Lorsqu'on vient à toucher celle-ci avec les doigts, on éprouve une sensation spéciale que Ricord a bien exprimée par cette phrase pittoresque: « La langue semble être rembourrée de noisettes. » Très-dure au début, la consistance de ces tumeurs diminue progressivement et donne bientôt au doigt cette sensation de fluctuation particulière aux gommes; plus tard la tumeur devient de plus en plus superficielle, la muqueuse qui la recouvre rougit, s'enflamme et s'ulcère.

(1) Tome I, p. 709.

Cette ulcération, qui ne survient pas fatalement, est toujours longue à s'établir; ses bords sont taillés à pic; son fond est inégal, induré, sans tendance à la formation de fongosités et couvert d'une sanie grisâtre ou rougeâtre, filante, adhérant assez au fond de l'ulcération. Enfin, il est assez fréquent de voir la surface de la tumeur et de la langue parcourue par un certain nombre de fissures irrégulières, parfois assez profondes, que F. Clarke considère comme appartenant spécialement à la syphilis. La figure 175 en représente un bel exemple. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires, sans être constant, existe quelquefois.

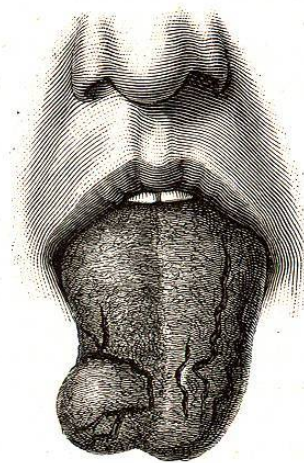


FIG. 175. — Tumeur syphilitique avec fissures (Clarke).

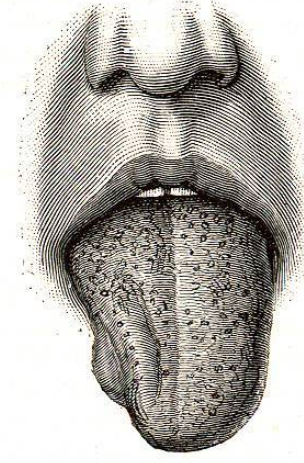


FIG. 176. — État de la langue après résorption de tumeurs syphilitiques.

En même temps que ces symptômes objectifs, le malade accuse des troubles fonctionnels en rapport avec le volume de la tumeur et le gonflement de la langue. Par elle-même la tumeur est plutôt gênante que douloureuse; outre une salivation continuelle, fétide, les malades éprouvent une difficulté plus ou moins grande de la mastication, de la déglutition et de la phonation. Le plus souvent l'état général est satisfaisant, cependant il n'est pas rare d'observer chez quelques sujets un état d'anémie dû à la cachexie syphilitique, lequel ne laisse pas que d'embarrasser le diagnostic.

Le pronostic de ces tumeurs n'est grave que lorsque la nature de la maladie étant méconnue, on n'emploie pas de traitement convenable. Bien traitées, ces tumeurs disparaissent en général rapidement et guérissent alors sans ulcération; mais, même dans ces cas, la résorption des nodosités syphilitiques est suivie de déformations caractéristiques de la langue, qui paraît comme atrophiée et conserve longtemps encore des indurations, en même temps que l'on voit persister les fissures qui sillonnent sa surface (fig. 176). Lorsqu'elles se sont ulcérées, les tumeurs

syphilitiques de la langue laissent à leur place des cicatrices profondes et irrégulières.

TRAITEMENT. — Le traitement ordinaire des accidents tertiaires de la syphilis est celui qui convient à ces tumeurs. On pourra employer également le traitement mixte (iodure de potassium et préparations mercurielles). Dans le cas où la maladie résisterait aux mercuriaux et aux iodurés, on pourrait recourir à l'emploi du chlorure d'or seul ou associé à l'iodure de potassium. Enfin, dans les cas rebelles, on se trouvera assez bien de l'administration de la liqueur de Donovan (iodo-arsénite de mercure) à des doses graduées, depuis une jusqu'à vingt gouttes, deux fois par jour, suivant la tolérance du sujet.

Si le malade présentait des signes de chloro-anémie, de cachexie syphilitique, on devrait associer les toniques et les ferrugineux aux moyens précédents.

#### G. Cancer.

Jusque dans ces dernières années, l'attention des chirurgiens s'est principalement fixée sur les moyens propres à combattre le cancer de la langue; les noms de Louis, Mayor, Jæger, Mirault, Roux, Sédillot, Maisonneuve, Chassaignac, etc., sont intimement liés à la thérapeutique chirurgicale de cette terrible affection. Mais, depuis une quinzaine d'années environ, l'étude des tumeurs cancéreuses de la langue s'est concentrée sur l'anatomie pathologique. Frappés des différences nombreuses que ces tumeurs offraient au point de vue clinique, les histologistes se sont demandé si l'on n'avait pas confondu, sous les noms de cancer encéphaloïde et de squirrhe, des tumeurs qui n'en présentaient peut-être que les caractères extérieurs; c'est dans ce sens qu'ont été faits les travaux de Paget, Hutchinson, Billroth, Forster, Thiersch, etc. Enfin, dans une thèse soutenue en 1872 pour le concours d'agrégation en chirurgie, Th. Anger, s'appuyant sur l'autorité de ces divers auteurs et sur les recherches histologiques les plus récentes, a essayé d'éclaircir ce point de la science; et tout dernièrement, F. Clarke est venu ajouter sa propre expérience aux travaux de ses devanciers.

LOUIS, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Paris, 1774, t. V, p. 486. — BEAUREGARD, *Des affections chirurgicales de la langue*, thèse de Strasbourg, 1847. — MAISONNEUVE, *Des tumeurs de la langue*, thèse de concours. Paris, 1848. — ANGER (Théophile), *Du cancer de la langue*, thèse de concours. Paris, 1872.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Après les travaux de Walshe, de Frerichs, de Broca et Lebert, on décrivait dans la langue le *cancer encéphaloïde*, le *squirrhe (mélanés et colloïdes)*, enfin le *cancer épithélial* ou *cancroïde*. Les auteurs du *Compendium* conservent ces divisions, et Bouisson admet encore trois variétés principales: les cancers mélanés et colloïdes (formes rares), le squirrhe et l'encéphaloïde (formes communes), et le can-

croïde (forme fréquente). Depuis les travaux de Paget, Forster, Thiersch, Clarke, on tend à ne reconnaître dans la langue que le *cancer épithélial*, du moins en tant que cancer primitivement développé dans cet organe, et les preuves que l'on avance à l'appui de cette opinion sont tirées des notions histologiques et des observations cliniques.

D'après Th. Anger, les conclusions basées sur les anciennes observations ne sauraient avoir une valeur réelle pour affirmer l'existence du carcinome, puisque l'examen micrographique leur fait défaut; d'où il est permis de supposer qu'un grand nombre de tumeurs dites encéphaloïdes ou squirrheuses n'en présentaient peut-être que les caractères extérieurs. D'autre part, une partie des examens histologiques, pratiqués il y a une dizaine d'années, ne permettent pas non plus de conclure en faveur du carcinome. En effet, la théorie de la spécificité de la cellule cancéreuse régnait encore dans la science, l'épithéliome interstitiel était à peine connu, et l'on ne croyait pas alors qu'une tumeur de nature épithéliale pût simuler l'aspect et l'évolution d'un encéphaloïde ou d'un squirrhe.

La clinique ne plaide pas beaucoup plus en faveur du carcinome. En effet, un des caractères principaux du cancer est de se généraliser; or, la généralisation est rare dans les tumeurs dites cancéreuses de la langue, et ne dépasse presque jamais les ganglions du cou. Enfin, on sait que le cancer primitif des muscles est encore à démontrer. Pourquoi la langue, organe essentiellement musculaire, ferait-elle exception à la loi générale?

Sans oser trancher encore définitivement cette question, et sans affirmer, comme O. Weber, que l'épithéliome est la seule forme que l'on rencontre dans la langue, on peut dire que le carcinome y est rare, en tant du moins que cancer primitif, et qu'il est vraisemblable d'admettre, avec Paget, Thiersch, Billroth, Clarke, que le cancroïde est la variété que l'on rencontre presque toujours dans la langue.

Le cancer de la langue est *primitif* ou *consécutif*, suivant qu'il prend naissance dans cet organe ou que, venant d'un organe voisin, il n'envahit que secondairement la langue. Il est *superficiel* ou *profond*.

Le cancroïde de la langue se présente sous deux formes: le *cancroïde* ou *épithéliome papillaire* ou mieux d'*origine papillaire*, et le *cancroïde* ou *épithéliome interstitiel*.

a. *Épithéliome d'origine papillaire*. — La maladie débute souvent par une verrue ou par une de ces productions épithéliales désignées sous le nom de *plaques des fumeurs*. Les papilles de l'épithélium se déforment; les unes s'effilent à leur extrémité libre, les autres se dilatent en forme de massue, de sorte que la surface malade est rude et irrégulièrement hérissée; parfois ces petites éminences sont séparées les unes des autres par des sillons plus ou moins profonds, qui donnent à la surface linguale un aspect fendillé qu'on observe principalement dans les plaques d'une certaine étendue.

Les éléments de la papille ne tardent pas à s'hypertrophier, et au milieu d'eux on voit, à l'examen microscopique, une quantité variable de cellules épithéliales, qui présentent parfois l'apparence cornée, surtout dans les couches superficielles; au milieu de ces cellules, plus ou moins déformées et aplaties, on rencontre çà et là quelques globes épidermiques. Ces altérations restent d'abord localisées à la partie malade, mais, au bout d'un certain temps, on constate que l'infiltration a gagné les parties environnantes; longtemps renfermée dans la muqueuse, elle met un temps assez long à franchir les limites du chorion muqueux et à pénétrer dans les tissus sous-jacents.

Les épithéliomes superficiels se voient surtout à la face dorsale et à l'extrémité antérieure de la langue; les observations de Roux (de Brignoles) (1) d'épithéliomes occupant les côtés du frein sont des exceptions.

b. *Épithéliome interstitiel*. — D'après Thiersch, cette variété débute non plus dans la partie saillante des papilles, mais au niveau des sillons interpapillaires. A l'examen histologique, on retrouve les cellules épithéliales et les globes épidermiques. Les cellules sont le plus souvent réunies et groupées sous forme de cylindres réguliers, séparés les uns des autres par des tractus de tissu conjonctif; ces cylindres sont renflés de distance en distance, et au niveau des renflements on trouve souvent des globes épidermiques. Ces productions morbides se dirigent vers les tissus profonds et dans les interstices des fibres musculaires, sous forme de bourgeons, autour desquels se voit du tissu embryonnaire nouveau, qui devient de plus en plus rare à mesure qu'on s'éloigne de ces espèces de végétations. Toutefois celles-ci se retrouvent fort loin encore, le long des vaisseaux, comme l'a indiqué Follin, et ce fait explique comment l'ablation est souvent restée insuffisante, et pourquoi les récidives sont si fréquentes. C'est également à cette infiltration des tissus par les éléments embryonnaires qu'il faut attribuer l'induration et l'épaississement des tissus périphériques.

Que deviennent les fibres musculaires? Disparaissent-elles par compression et atrophie (Robin), ou bien sont-elles détruites par dégénérescence graisseuse (Lebert, Thiersch)? Ce point est difficile à résoudre; ce qu'il faut retenir, c'est la diminution considérable des fibres musculaires. Les vaisseaux sont également envahis par le tissu nouveau, ce qui favorise les hémorragies fréquentes qu'on observe; de même l'infiltration des éléments épithéliaux dans les vaisseaux lymphatiques explique leur transport jusque dans les ganglions.

Dans l'épithéliome interstitiel, la muqueuse est longtemps respectée, le produit morbide ayant surtout de la tendance à se propager aux tissus profonds. Les glandes de la muqueuse, comme l'a bien vu Thiersch, ne sont pas généralement envahies par le processus patho-

(1) Journ. des conn. méd.-chir., 1856.

logique; cet auteur avance même que ces glandes ne sont jamais le point de départ de la maladie.

Le siège de l'épithéliome interstitiel est le bord de la langue, rarement la pointe, quelquefois le sillon qui sépare la langue de l'amygdale. Verneuil et Demarquay insistent sur ce point de départ de l'épithéliome. Quelle que soit la forme de l'épithéliome, le tissu malade est dur, élastique; il présente au toucher et à la coupe un aspect fibreux qui fait parfaitement comprendre la confusion qui a été longtemps faite avec le squirre; la coupe offre une coloration blanchâtre, d'une apparence translucide; elle est parcourue par des sillons rougeâtres, et parsemée de petits points jaunâtres. Si l'on presse la masse entre les doigts, on en fait sortir de petits cylindres blanchâtres, analogues à du vermicelle, et qui, examinés au microscope, sont constitués par des cellules épithéliales et des globes épidermiques.

L'épithéliome interstitiel a plus de tendance à s'étendre en profondeur qu'à la surface de l'organe, fait bien signalé par Paget.

Le travail ulcératif ne présente ici rien de spécial; il se fait comme partout ailleurs. Nous en dirons autant de l'envahissement des ganglions.

Enfin, si la maladie a envahi les organes voisins, plancher de la bouche, amygdales, voile du palais, etc., on trouvera les mêmes lésions avec leurs caractères dans ces différents points.

ÉTILOGIE. — Comme dans toutes les affections de cette nature, l'étiologie du cancer de la langue est très-obscur. Parmi les causes générales, nous trouvons l'hérédité, bien signalée dans un certain nombre d'observations. D'après Otto Just et Follin, cette maladie se rencontrerait plus souvent chez l'homme que chez la femme; les diverses statistiques établissent en effet que le cancer est cinq fois plus fréquent chez l'homme. Au point de vue de l'âge, on peut dire que le cancer de la langue est surtout une maladie de l'âge mûr; rare avant quarante ans et après soixante, c'est principalement de quarante à soixante ans qu'il est donné de l'observer. Billroth, cependant, a vu un cancroïde de la langue chez un jeune homme de dix-huit ans.

Un certain nombre de causes locales ont de l'influence sur le développement du cancer. C'est ainsi qu'on a fait jouer un grand rôle à l'usage du tabac, de la pipe, et principalement de cette petite pipe désignée sous le nom vulgaire de *brûle-gueule*. Il en est de même des vieux chicots, des pointes de dents; toutes ces causes agiraient en déterminant et entretenant une irritation locale; mais, outre que l'influence de ces causes n'est pas absolument démontrée, il faut encore admettre une véritable prédisposition individuelle.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'épithéliome de la langue débute à la surface de l'organe, tantôt par une petite crevasse, une fente, une verrue ou une plaque saillante, rude, fendillée (*épithéliome superficiel*), tantôt par une petite tumeur de volume variable dans la partie profonde de la muqueuse (*épithéliome interstitiel*); cette petite tumeur occupe le plus souvent un