

des bords de l'organe ou sa base, tandis que la forme verruqueuse apparaît plutôt à la pointe ou à la partie antérieure de la langue. Cette première période, qui passe souvent inaperçue, peut durer un temps plus ou moins long.

A mesure que la maladie se développe, on voit la tumeur augmenter de volume, devenir de plus en plus superficielle et faire saillie à la surface de l'organe; parfois autour d'elle le doigt reconnaît d'autres petites nodosités, qui finissent par se réunir à la tumeur principale. Ces tumeurs sont dures, assez nettement circonscrites et s'enfoncent plus ou moins dans le tissu lingual. Bientôt le sommet devient le siège d'une ulcération.

L'épithéliome superficiel se développe en élévation et en largeur; les papilles deviennent plus saillantes, leur surface se recouvre de petites croûtes épidermiques qui tombent spontanément ou sont arrachées par le malade; ces croûtes se reproduisent peu à peu et laissent bientôt à nu la substance même de la tumeur; à chaque déchirure, un léger suintement sanguin se produit à la surface de ces papilles dénudées.

L'ulcération une fois formée offre les caractères suivants: Dans la forme papillaire, elle est constituée par une plaque dure, d'une étendue variable, présentant à sa surface une espèce de champignon rouge, facilement saignant, hérissé de saillies séparées par des fissures plus ou moins nombreuses et profondes; la portion périphérique est souvent recouverte de lamelles épidermiques blanchâtres, d'aspect verruqueux. L'ulcère creuse peu à peu en profondeur et en largeur.

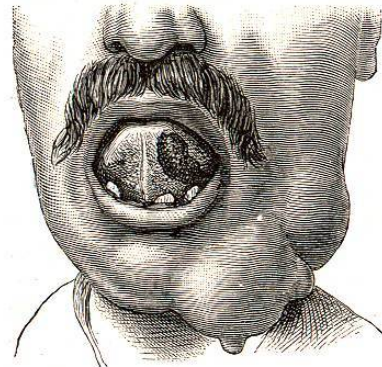


FIG. 177. — Cancer ulcéré de la langue avec envahissement des ganglions sous-maxillaires. (Th. Anger.)

L'ulcération de l'épithéliome interstitiel est parfois superficielle et bourgeonnante; d'autres fois le travail ulcératif se fait de dedans en dehors, et lorsque l'ulcère s'établit, on trouve une caverne plus ou moins large et s'étendant dans la profondeur de la langue; cette cavité est anfractueuse, inégale, et offre de véritables bourgeons fongueux, saignant au moindre contact, au plus léger mouvement de l'organe. Lorsqu'elles font saillie à la surface de la langue, ces fongosités acquièrent parfois un volume tel qu'elles remplissent en partie la cavité buccale.

Quelle que soit la forme de l'ulcère, une sanie fétide, ichoreuse, en découle constamment et se mêle à la salive et aux aliments. A ce moment apparaissent des hémorragies plus ou moins abondantes, parfois mortelles, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, l'envahissement des parties voisines (plancher buccal, amygdales, voile du palais).

L'engorgement ganglionnaire se produit en général lentement et sans

douleur; dans le cas de récurrence, il suit une marche beaucoup plus rapide. Il n'est pas rare de voir cet engorgement, d'abord limité au côté correspondant à la maladie linguale, envahir les deux côtés du cou et constituer parfois une tumeur considérable, irrégulière, bosselée, tantôt dure, tantôt molle et fongueuse. La peau qui la recouvre, primitivement saine, ne tarde pas à s'altérer; elle devient adhérente, s'amincit, et finit par s'ulcérer; par cette ulcération on voit sortir des fongosités saignantes qui, examinées au microscope, offrent les mêmes caractères histologiques que la tumeur de la langue. Il n'est pas rare d'observer deux ou trois ulcérations ganglionnaires.

L'existence du *carcinome proprement dit* de la langue étant loin d'être démontrée, ainsi que nous l'avons dit, il nous est à peu près impossible d'en donner ici une description clinique. Dans un cas de prétendu squirrhe atrophique de la langue, rapporté par Morel-Lavallée (1), et que l'on a souvent invoqué pour affirmer l'existence du cancer de la langue, les symptômes étaient les suivants: La langue, plus petite que d'habitude, présentait sur sa moitié droite une dépression profonde, recouverte de petits mamelons; sa face inférieure était collée au plancher buccal; enfin elle était plissée, fléchie, dure, racornie, et rappelait une langue de perroquet. Malheureusement l'examen histologique n'a pas été fait. Pour O. Weber (2), qui n'admet dans la langue que le cancer épithélial, le squirrhe serait encore un épithéliome à forme dure et infiltrée.

Le cancer de la langue occasionne divers troubles fonctionnels dont la gravité est en rapport avec le développement de la tumeur. Au début, la maladie ne se manifeste que par une certaine gêne dans les mouvements de la langue et par quelques douleurs rares et fugaces. La langue est souvent exposée à des morsures, des froissements; elle se prend entre les dents et devient pour ainsi dire maladroite; ce sont là autant de causes d'irritation qui favorisent la marche du cancer. A mesure que la maladie se développe, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles et douloureux; en même temps la mastication, la déglutition, la phonation et la respiration sont rendues pénibles; quelques-unes de ces fonctions peuvent même devenir presque impossibles. Il n'est pas rare de voir des malades accuser des douleurs spontanées, vives, lancinantes, plus intenses la nuit que le jour; ces espèces de douleurs se rencontrent de préférence à partir de la formation des ulcères.

L'état général du malade, déjà considérablement affaibli par suite d'une nutrition insuffisante, de l'absorption continuelle d'une sanie ichoreuse et fétide, est encore aggravé par des hémorragies plus ou moins abondantes, souvent difficiles à arrêter.

Tous ces troubles augmentent de jour en jour, jusqu'au moment où le malade succombe dans le marasme et épuisé par la cachexie cancé-

(1) Société de chirurg., nov. 1845.

(2) Weber, in *Handb. der Chir.* de Pitha et Billroth, III, p. 329.]

reuse; dans quelques cas, les sujets meurent emportés par une hémorrhagie, ou bien encore asphyxiés, soit que le produit morbide se soit propagé jusqu'aux organes respiratoires, soit qu'une partie pédiculée de la tumeur soit venue s'appliquer sur l'ouverture du larynx.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que le cancer de la langue suit une marche progressive, continue; il passe par trois périodes: la période d'état, celle d'ulcération, enfin celle de généralisation et de cachexie. Plus rapide en général dans le jeune âge, cette affection parcourt son évolution en moins de trois mois dans les formes les plus rapides, rarement elle dépasse cinq ans; sa durée moyenne est de deux ans.

PRONOSTIC. — Il est presque inutile de dire que le cancer de la langue est une maladie d'une gravité extrême, car non-seulement il est incurable par les seuls efforts de la nature, mais encore il échappe souvent à l'action du chirurgien. Toutefois nous ajouterons que l'épithéliome superficiel étant plus accessible aux moyens chirurgicaux, peut être au début plus facilement entravé dans sa marche. Malheureusement les récidives sont fréquentes, même après les opérations les plus complètes en apparence, et ces récidives se produisent tantôt sur place, tantôt dans les ganglions. Elles sont tellement fréquentes, qu'à la Société de chirurgie on n'a pas craint de formuler l'axiome suivant: La récidive des cancers de la langue à la suite des opérations est la règle; l'absence de récidive est l'exception (1). Cette conclusion est peut-être trop absolue; mais, à supposer même que l'on ne doive jamais compter sur la guérison radicale du cancer de la langue, ce ne serait pas une raison pour ne pas intervenir; car une opération bien faite donne encore aux malades des mois et même des années de calme et de repos.

TRAITEMENT. — *a. Traitement palliatif.* — Ce traitement, dont l'impuissance est absolument démontrée pour enrayer la marche du cancer, s'attaque surtout aux symptômes pénibles et douloureux de la maladie. Aucun des médicaments tant préconisés, à titre de spécifiques, tels que la ciguë, le mercure, l'iode, l'arsenic, l'or, le chlorate de potasse, etc., n'a d'efficacité réelle, si ce n'est comme palliatif et dans le but d'obtenir une sédation de certains symptômes. Lorsque les douleurs sont très-intenses on se trouve bien d'employer les préparations opiacées, les injections de chlorhydrate de morphine. En 1850, Hilton a proposé dans ce même but la section du nerf lingual, et cette opération, d'une exécution facile, a donné de bons résultats entre les mains de Moore et de Collin (2); on pourra donc y avoir recours si les premiers moyens sont restés sans résultat.

A la période d'ulcération, il faudra entretenir la bouche dans un état de propreté absolue, au moyen de lavages répétés, de gargarismes; les injections désinfectantes avec le coaltar, l'acide phénique étendu, en

(1) *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1857 58, t. VIII, p. 180-184.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 1864, t. I, 88.

entraînant la sanie infecte qui s'échappe de l'ulcération, neutraliseront en grande partie l'odeur repoussante qui s'exhale de la bouche.

Une des complications les plus graves est l'hémorrhagie. Dans les cas où celle-ci est légère, on en vient facilement à bout par l'emploi de la glace, de l'application sur le point ulcéré d'amadou ou de boulettes de charpie imbibée de perchlorure de fer. S'il s'agit de ces hémorrhagies abondantes qui succèdent à l'ulcération d'une grosse artère, on doit avoir recours à la compression directe sur le point d'où part le sang, ou à la compression indirecte sur les deux carotides primitives; la compression de ces deux artères est nécessaire, car souvent on ne peut savoir de quel côté vient l'hémorrhagie. Ce moyen hémostatique sera encore favorisé par un tampon de charpie imbibé de perchlorure et maintenu sur la surface ulcérée.

Si ces moyens échouent, on songera à la ligature. Sans doute la ligature directe, dans la plaie, serait le procédé le plus sûr, mais outre que souvent on n'aperçoit pas le vaisseau au milieu de ces masses fongueuses, de plus une ligature posée sur de pareils tissus ne saurait offrir une grande sécurité; ces tissus se couperaient avec une extrême rapidité et une seconde hémorrhagie se produirait. La ligature indirecte a été proposée et exécutée avec succès, et comme le plus souvent on ignore de quel côté se trouve l'artère, on a conseillé de lier, soit les deux linguales, soit encore les deux carotides externes; mais pour ne pas interrompre subitement la circulation dans toute la face, il vaut mieux lier la linguale du côté supposé blessé et la carotide externe du côté opposé. Enfin, dans quelques cas, il faudra recourir tout de suite à l'ablation du mal, si toutefois les limites de la tumeur la rendent encore accessible au chirurgien.

b. Traitement curatif. — Ce traitement comprend un grand nombre de procédés qui peuvent se réunir en deux grandes méthodes, que nous désignerons sous les noms de *méthode directe* et de *méthode indirecte*, suivant qu'on agit directement sur la langue ou qu'on emploie un moyen détourné en s'attaquant aux vaisseaux chargés d'amener le sang à cet organe. A la première méthode se rattachent tous les différents procédés de *cautérisation*, *ligature*, *écrasement linéaire*, *excision* par l'instrument tranchant; nous les décrirons particulièrement à l'article réservé aux opérations pratiquées sur la langue.

Par la seconde méthode, ou *méthode indirecte*, on se propose de déterminer l'atrophie de la tumeur linguale, en arrêtant d'une façon plus ou moins complète sa circulation sanguine. L'idée première appartient à l'illustre Harvey (1), qui du reste l'appliquait à l'atrophie des tumeurs en général. Ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a été mise à exécution pour des cancers de la langue. Demarquay (2) l'a tentée trois fois. Ce chirurgien fit la ligature simultanée de deux linguales, et constata dès le lende-

1) Broca, *Traité des tumeurs*. Paris, 1866, t. I, p. 429.

2) *Archives génér. de médecine*, 1868, vol. I, p. 129.

main une diminution des symptômes de suffocation qui était imminente et une atrophie de la tumeur; l'amélioration fut considérable. Dans les deux autres cas, il y eut également affaissement de la tumeur, atrophie et aplatissement de la langue. Le docteur P. Hybord nous a communiqué l'observation d'un homme affecté de cancer de la langue, auquel Broca pratiqua le 5 février 1869, à la clinique de la Pitié, la ligature de la carotide primitive du côté correspondant à la lésion qui était presque unilatérale. Le malade succomba un mois après; la tumeur avait notablement diminué de volume et l'ulcération était en voie de guérison. A l'autopsie, on trouva un cancer de l'estomac et une méningite subaiguë, qui, selon toutes probabilités ont été les causes de la mort. Ces quatre faits, auxquels on pourrait joindre quelques autres (1), suffisent pour démontrer que cette opération, fondée sur la physiologie, peut rendre de véritables services; mais pour l'ériger en méthode usuelle, il faut attendre de nouvelles observations.

A quel moment faut-il opérer le cancer de la langue? Le plus tôt possible, car plus on opérera près du début, plus la maladie sera limitée, moins les dégâts opératoires seront considérables; enfin plus on aura de chances de se mettre à l'abri des récidives.

Il va sans dire que l'on devra s'abstenir de toute opération si le cancer a envahi les organes voisins (voile du palais, amygdales, plancher de la bouche), et à plus forte raison si la chaîne ganglionnaire est prise. D'une manière générale, on doit établir comme principe de n'opérer que lorsqu'on pense pouvoir enlever toutes les parties altérées.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA LANGUE.

Le diagnostic des tumeurs de la langue offre souvent de sérieuses difficultés et ne peut être établi que d'après un ensemble de faits reposant sur la connaissance exacte du mode d'apparition de la maladie, de sa marche, des symptômes objectifs et subjectifs qu'elle présente, des circonstances diverses qui l'ont précédée ou qui l'accompagnent, et de l'âge du malade. Enfin il ne faut pas oublier que le traitement médical constitue une ressource des plus précieuses, et que souvent il décidera absolument du diagnostic, et, par suite, du pronostic que le chirurgien devra porter.

L'ensemble des symptômes qui ont précédé l'apparition d'un abcès, ceux mêmes qui l'accompagnent, ne permettent pas de le confondre avec toute autre tumeur linguale. L'abcès se montre sous la forme d'une tuméfaction violacée, molle, fluctuante, avec fièvre, frisson, troubles généraux plus ou moins intenses; il ne tarde pas à s'ouvrir spontanément si le chirurgien n'intervient pas, et l'évacuation du pus est promptement

(1) Mauvoisin, *De la ligature préventive et atrophiante des artères de la langue*, thèse de Paris, 1873.

suivie d'amélioration, puis de disparition de tous les symptômes locaux et généraux. Or, aucune tumeur de la langue ne présente cette marche rapide; c'est à peine si certaines tumeurs, accidentellement enflammées (*kystes*, *lipomes*, etc.), pourraient s'en rapprocher, et, dans ce cas, il n'y aurait pas, à proprement parler, d'erreur de diagnostic, puisque la tumeur primitive aurait perdu ses caractères propres pour emprunter ceux de l'abcès. Toutefois le diagnostic sera encore possible en se fondant sur l'existence antérieure d'une tumeur, et sur l'absence de tout le cortège inflammatoire d'une glossite. Enfin, l'ouverture de la tumeur révélera des caractères anatomiques tout à fait différents, et tandis que l'abcès, une fois ouvert, marchera à grands pas vers la guérison, une tumeur enflammée persistera longtemps encore et réclamera souvent une opération définitive.

Toutes les autres tumeurs de la langue offrent ce caractère commun de suivre dans leur développement une marche lente, essentiellement chronique; mais en étudiant avec soin les symptômes propres à chacune d'elles, on voit qu'il est possible de les rapprocher, sous certains rapports, les unes des autres, et de les diviser en deux groupes: au premier appartiennent les *kystes*, les *tumeurs vasculaires*, les *lipomes*, certaines *tumeurs syphilitiques*; le second groupe comprend le *cancer*, les *fibromes*, les *tumeurs syphilitiques* non ramollies, et le *prolongement hypertrophique*.

1° Les tumeurs qui appartiennent au premier groupe se ressemblent au point de vue de leur consistance, qui peut varier depuis la fluctuation franche jusqu'à cet état mal déterminé qui constitue la fausse fluctuation. Ce caractère permettra déjà de les différencier des tumeurs de l'autre groupe; de plus, il est assez remarquable que ces tumeurs soient précisément celles que l'on rencontre le plus rarement. Aidée des autres signes, cette particularité aura toujours, en cas de doute, une réelle importance.

Il sera parfois difficile de distinguer un *kyste* d'un *lipome*: tous les deux se présentent sous la forme d'une tumeur indolente, nettement circonscrite, mollasse, légèrement élastique; la difficulté augmentera encore si la paroi du kyste est épaisse ou très-tendue, et si le contenu est très-dense, car alors la fluctuation sera peu appréciable. Toutefois on sera autorisé à pencher en faveur d'un lipome si la tumeur est bosselée, irrégulière, d'une résistance peu considérable, si la muqueuse qui la recouvre est légèrement jaunâtre; de plus, les kystes semblent se rencontrer plus volontiers dans un âge assez rapproché de la naissance. Enfin, en cas d'incertitude, le chirurgien aura toujours recours à la ponction exploratrice, laquelle tranchera définitivement le diagnostic.

Les *gommés syphilitiques*, à leur période de ramollissement, pourraient être confondues avec les tumeurs précédentes; mais ordinairement multiples, même dans la langue, il n'est pas rare d'en rencontrer aussi simultanément sur le reste du corps. La présence des fissures, signalée par Saison et Clarke, quoique non constante, est cependant assez fréquente

pour avoir une véritable valeur ; enfin, la recherche minutieuse des antécédents, l'étude attentive des manifestations concomitantes, et en dernier ressort un traitement antisypilitique méthodiquement employé, ne tarderont pas à assurer le diagnostic.

Une *tumeur érectile* ne saurait, avec un peu d'attention, être prise pour une des tumeurs précédentes ; en dehors de la consistance, aucun autre signe ne permettrait une semblable confusion. En effet, la tumeur érectile est généralement congénitale, succédant le plus souvent à un *nævus* ; elle apparaît sous l'aspect d'une tumeur mal circonscrite ; la muqueuse qui la recouvre est d'un rouge vif ou d'un rouge violacé suivant la variété artérielle ou veineuse. Parfois animée de battements ou de frémissement, la tumeur s'affaisse et diminue par la pression directe ou indirecte ; enfin il n'est pas rare de constater des lésions analogues dans les organes voisins (lèvres, joues, etc.).

Nous en dirons autant d'un *anévrisme*. Outre les caractères vraiment bien tranchés d'une tumeur de cette nature, son mode d'apparition, les circonstances dans lesquelles elle se produit, ne permettraient pas longtemps une méprise. On sait, en effet, qu'un anévrisme vrai ou diffus est presque toujours déterminé par un traumatisme et qu'il apparaît, soit immédiatement, soit dans les jours qui suivent.

2° Les tumeurs que nous allons étudier maintenant présentent une consistance en général plus considérable ; elles s'observent plus fréquemment et jouissent de ce triste privilège d'entraîner un pronostic toujours plus fâcheux, bien que très-différent pour chacune d'elles.

Le *prolongement hypertrophique* ne pourrait être confondu avec toute autre tumeur qu'à la condition d'admettre de la part du chirurgien un manque complet d'observation. En effet, cette lésion appartient pour ainsi dire en propre à l'enfance ; le plus souvent même elle est congénitale ; elle ne forme pas, à proprement parler, une tumeur circonscrite, distincte du reste de l'organe, mais elle est constituée par le développement en masse de la langue. La présence d'une saillie plus ou moins volumineuse entre les arcades dentaires, les déformations caractéristiques du côté des lèvres, des dents et des mâchoires, ne se rencontrent ni dans le cancer, ni dans les tumeurs fibreuses ou sypilitiques. Peut-être une glossite avec gonflement considérable de la langue pourrait-elle être prise pour une hypertrophie ; mais il faut admettre tout d'abord qu'un élément inflammatoire soit venu se greffer sur la lésion, car on sait que l'hypertrophie simple est une maladie d'ordinaire absolument indolente, chronique, sans réaction fébrile. Alors même le doute ne persisterait pas longtemps : dans le premier cas, on verrait tous les symptômes s'amender, puis disparaître avec l'inflammation ; tandis que le développement de la langue persisterait dans le second, l'inflammation accidentelle ne faisant que masquer momentanément la véritable nature de la maladie.

Le chirurgien n'arrivera presque jamais d'emblée, pour le *fibrome* de la langue, à un diagnostic rigoureux ; l'absence de troubles généraux,

d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, l'inefficacité absolue d'un traitement spécifique feront rejeter toute idée de cancer ou de syphtis. C'est donc par exclusion que le diagnostic sera établi ; toutefois on le complétera en se rappelant que les fibromes se montrent plus spécialement à un âge peu avancé, en général de vingt à trente-cinq ans, qu'ils constituent des tumeurs dures, élastiques, bien circonscrites, ordinairement uniques, souvent pédiculées et situées vers la base de la langue ; toujours indolentes, elles ont une marche essentiellement lente, et si elles viennent à s'ulcérer, elles ne se ramollissent jamais comme le cancer ou les gommés.

Le *cancer* et les *tumeurs sypilitiques* constituent sans contredit les lésions qui prêtent le plus facilement à une erreur de diagnostic, et Maisonneuve a fait ressortir dans sa thèse les nombreux points de similitude qui existent entre elles. Ici les caractères objectifs ne suffisent pas toujours, et comme la temporisation et l'hésitation pourraient être funestes, il faudra interroger avec le plus grand soin les antécédents, examiner attentivement le corps tout entier et recourir tout de suite à un traitement spécifique ; de cette façon, en cas de doute, l'inefficacité du traitement n'aura pas permis à la maladie de prendre un développement trop rapide. L'âge du sujet, la durée de la maladie, son mode d'évolution, l'état des ganglions sous-maxillaires, tout devra être étudié avec le plus grand soin. La présence de fissures nombreuses, d'hypertrophies papillaires, une marche lente, plaideraient peut-être en faveur de lésions sypilitiques ; tandis que l'existence de douleurs lancinantes, vives, de troubles fonctionnels plus accusés, devraient plutôt faire songer au cancer.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA LANGUE.

Lorsqu'une tumeur quelconque existe dans la langue et qu'il devient nécessaire d'en pratiquer l'ablation, le chirurgien a à sa disposition un certain nombre de méthodes et de procédés, parmi lesquels il doit faire un choix. Notre intention n'est pas de passer en revue toutes les opérations qui ont été pratiquées sur la langue ; cette étude est plutôt du domaine de la médecine opératoire. Le but que nous nous proposons est d'indiquer, dans une analyse rapide, les principales méthodes employées pour pratiquer l'amputation totale ou partielle de la langue.

Les méthodes d'ablation de la langue sont au nombre de cinq : l'*amputation avec l'instrument tranchant*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire*, l'*ablation avec les caustiques* et la *galvanocaustique*. Si le chirurgien attaque la langue directement, quel que soit le procédé, la méthode est dite *simple* ; si, au contraire, il n'arrive à l'organe malade qu'après avoir fait une section préalable du maxillaire inférieur ou des parties molles, la méthode est dite *composée*.

1° *Méthodes simples*. — a. *L'amputation de la langue avec l'instrument*

tranchant consiste, après avoir attiré l'organe au dehors avec un crochet ou des pinces de Museux, à enlever avec un bistouri ou des ciseaux toute la partie malade. La section peut se faire transversalement derrière la tumeur (procédé de Louis), ou bien l'opération se compose de deux incisions antéro-postérieures, formant un V à sommet dirigé en arrière, et circonscrivant la tumeur (Boyer); dans ce procédé on réunit ensuite les surfaces de section au moyen de quelques points de suture. Enfin, quelques chirurgiens ont proposé, dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, de cautériser la plaie avec le fer rouge; ce moyen, très-usité autrefois, n'est presque plus employé aujourd'hui. C'est dans ce même but, et pour éviter les dangers d'une hémorrhagie toujours difficile à arrêter, que Flaubert et Roux ont eu recours à la ligature préalable de l'artère linguale par le procédé classique; l'artère ou les artères linguales une fois liées, on enlève la tumeur, soit par le procédé de Louis, soit par celui de Boyer.

b. Avec la *ligature progressive* on se propose de gangrener la tumeur peu à peu et de la détacher. On peut lier la langue, soit directement par la cavité buccale (procédé ordinaire), soit en passant les fils à travers la région sus-hyoïdienne (procédés de Cloquet et Vidal de Cassis). On se sert, soit d'un fil à anse simple qui enlace toute la partie à enlever, soit, ce qui est préférable, de plusieurs fils qui divisent la tumeur en autant de départements qui sont compris dans une anse distincte. C'est le procédé à anses multiples de Récamier. Voici brièvement le manuel opératoire. Après avoir marqué le point exact sur lequel doit porter la ligature, on traverse la langue de part en part à 3 ou 4 centimètres d'un de ses bords avec une aiguille armée d'un fil double; on la retire, on dégage le fil et l'on enfonce une seconde aiguille armée de même à 3 centimètres de la première, puis une troisième et ainsi de suite jusqu'à 3 centimètres environ de l'autre bord. Cela fait, on réunit les différents chefs entre eux de façon à constituer des anses qui circonscrivent autant de divisions du tissu lingual; au niveau de chaque bord, l'anse se trouve constituée par les deux chefs supérieur et inférieur du même fil. On serre chaque anse isolément en portant la constriction aussi loin que possible, et, vu la douleur extrême produite par cet étranglement, il est bon d'administrer le chloroforme au malade. Après la ligature la langue devient turgide, violacée, noirâtre, enfin elle se mortifie et la section est complète en huit ou dix jours. Si la chute tarde trop, on peut l'accélérer, soit au moyen d'une seconde ligature placée dans le sillon produit par les premiers fils, soit en excisant la partie déjà à demi mortifiée.

Il est utile d'être prévenu que l'étranglement consécutif à la ligature peut être assez considérable, non-seulement pour gêner les fonctions de la langue, mais encore pour déterminer des troubles graves du côté de la déglutition et de la respiration; d'autre part la décomposition de la tumeur, la sanie qui baigne constamment la cavité buccale, exposent à des accidents sérieux d'empoisonnement putride.

c. L'*écrasement linéaire* a ce double avantage de remédier aux hémorrhagies et de s'opposer en grande partie aux accidents dont nous venons de parler. Tout le monde sait que c'est à Chassaignac que l'on doit cette précieuse méthode. Si la portion de la langue à enlever ne dépasse pas la partie libre de l'organe, il suffit de placer par la bouche une chaîne d'écraseur derrière la tumeur et d'en pratiquer l'ablation en suivant les règles établies pour le manuel opératoire de l'écraseur. Mais lorsque la tumeur, plus volumineuse, occupe une partie de la base de la langue, il faut alors combiner les manœuvres de façon à détacher les insertions postérieures et inférieures de l'organe malade. On peut y arriver, soit par la cavité buccale, soit par la région sus-hyoïdienne. Voici en quelques mots le manuel opératoire.

Le chirurgien a à sa disposition deux écraseurs. Avec une longue aiguille armée d'un fil auquel est attachée la chaîne de l'écraseur, on pénètre de bas en haut et sur la ligne médiane, à travers la région sus-hyoïdienne jusque dans la bouche, près d'un des bords de la langue; on retire l'aiguille et l'on dégage le fil et la chaîne qui lui fait suite; puis conduisant la pointe de l'autre côté de la langue on fait parcourir à l'aiguille et au fil un trajet inverse, c'est-à-dire de haut en bas, de manière à se faire ressortir dans la région sus-hyoïdienne par l'orifice même d'entrée. Par cette manœuvre, la chaîne forme une anse à concavité inférieure qui embrasse la langue; il suffit alors de faire marcher la crémaillère pour détacher l'organe de ses insertions postérieures. Quant à la section des insertions inférieures, elle se fait au moyen d'un second écraseur dont la chaîne horizontalement placée passe par la bouche immédiatement en avant de celle du premier instrument (fig. 178).

Si l'on ne veut enlever qu'une moitié de la langue, il faut faire trois sections, une postérieure transversale et verticale, une antéro-postérieure et une horizontale.

d. Les méthodes d'ablation avec *les caustiques* et la *galvanocaustie* sont moins généralement employées; la première parce qu'elle agit souvent en aveugle, la seconde parce que son application nécessite une instrumentation embarrassante, coûteuse et par suite peu répandue. Toutefois il faut reconnaître que cette dernière offre des avantages incontestables,

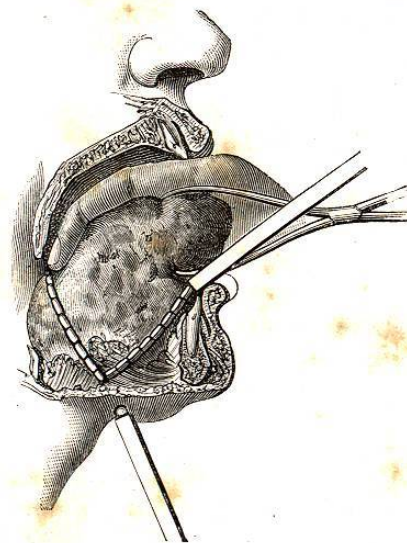


FIG. 178. — Amputation de la langue avec l'écraseur linéaire.

mais que nous ne croyons pas, pour notre part, supérieurs à ceux de l'écrasement linéaire méthodiquement appliqué.

2° *Méthodes composées.* — Afin de se frayer une voie plus large et qui permette d'arriver plus facilement aux limites du mal, quelques chirurgiens ont proposé et exécuté des opérations plus hardies. Regnoli (de Pise), après avoir taillé deux lambeaux musculo-cutanés dans la région sus-hyoïdienne, détachait toutes les insertions de la langue à la mâchoire inférieure, attirait l'organe en bas par cette ouverture et pratiquait l'ablation de toute la partie malade. Roux et plus tard Sédillot conseillèrent de faire la section du maxillaire inférieur; les deux branches de la mâchoire écartées permettaient de découvrir largement la langue. Les procédés de ces deux chirurgiens ne diffèrent que par le mode de section du maxillaire. Enfin, dans ces dernières années, Billroth a proposé de remplacer la section simple du maxillaire par la résection temporaire de cet os.

En résumé, nous pensons que, dans la majorité des cas, les méthodes simples suffisent pour permettre au chirurgien de dépasser les limites du mal; toutefois, dans certaines circonstances, les méthodes composées peuvent offrir de réels avantages, et pour notre part nous accordons la préférence au procédé de Sédillot.

Parmi les méthodes simples nous réservons l'ablation avec le bistouri ou les ciseaux aux cas dans lesquels la tumeur parfaitement limitée ne dépasse pas le tiers antérieur de l'organe; toutes les fois qu'elle s'étendra plus loin vers la base de la langue, il sera prudent de recourir, soit à la ligature lente et progressive, soit mieux encore à l'écrasement linéaire.

3° Ulcérations.

Les ulcérations de la langue se montrent sous deux aspects différents: tantôt l'organe qui en est le siège n'a pas subi de modifications particulières dans son volume et sa forme, c'est l'*ulcère proprement dit*; tantôt l'ulcération se montre à la surface d'une tumeur de nature quelconque, et la lésion emprunte alors à cette disposition des caractères tout particuliers, c'est une *tumeur ulcérée*. Cette dernière variété d'ulcération a été décrite à l'article des tumeurs de la langue; nous y reviendrons à l'occasion du diagnostic différentiel. Les *ulcérations proprement dites* feront seules l'objet de notre étude.

Au point de vue de leur origine, les ulcérations de la langue peuvent se ranger en trois catégories, suivant qu'elles reconnaissent pour point de départ une *cause locale*, une *cause générale*, ou bien qu'elles succèdent à une *intoxication médicamenteuse*. A la première catégorie se rattache l'*ulcère simple*; la seconde comprend les différentes ulcérations diathésiques: *ulcérations tuberculeuses*, *syphilitiques*, etc., enfin les *ulcérations mercurielles*, *antimoniales*, etc., appartiennent à la troisième catégorie.

Toutes ces ulcérations peuvent se rencontrer isolées sur la langue, mais elles peuvent aussi exister simultanément avec d'autres lésions de même nature sur les parties voisines, bouche, lèvres, joues, larynx, etc. Nous ne traiterons ici que de l'*ulcère simple*, des *ulcérations tuberculeuses* et *syphilitiques*, les autres variétés nous paraissant plutôt du domaine de la médecine.

JULLIARD, *Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire*. Thèse de Paris, 1865. — BOURCHEIX, *Des ulcères tuberculeux de la bouche et de la langue en particulier*. Thèse de Paris, 1870. — TRÉLAT, *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue* (*Arch. gén. de méd.*, 6^e série, t. V, p. 35, Paris, 1870). — FÉRÉOL, *Ulcération tuberculeuse de la langue* (*Union médicale*, 9 nov. 1872). — CAZAGNE, *De l'ulcère tuberculeux de la langue*. Thèse de Paris, 1873. — POUZERGUES, *De l'ulcère tuberculeux de la langue*. Thèse de Paris, 1873.

BUZENET, *Du chancre de la bouche. Son diagnostic différentiel*. Thèse de Paris, 1858. — SAISON, *Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue*. Thèse de Paris, 1874.

A. Ulcère simple.

L'ulcération simple, appelée également *ulcération dentaire* en raison de la cause qui lui donne le plus ordinairement naissance, est essentiellement de cause locale; elle est produite et entretenue, soit par un chicot, soit par une dent rendue irrégulière par la carie, ou déviée de sa direction normale. Pour qu'un ulcère de cette nature se produise, il n'est pas nécessaire que les saillies dentaires soient très-longues et très-apparences; ce n'est souvent qu'une petite pointe à peine saillante, et que l'œil a peine à découvrir, mais dont on reconnaît facilement l'existence avec la pulpe du doigt.

La lésion se rencontre de préférence sur l'un des bords de la langue, au voisinage des dents molaires. Elle débute souvent à la suite d'une blessure produite pendant la mastication, puis par suite des frottements répétés, la petite plaie, au lieu de se cicatriser, est constamment entretenue, et au bout d'un temps variable l'ulcération s'établit.

Cette ulcération a une forme en général longitudinale, à direction antéro-postérieure, peu profonde, à bords tuméfiés, souvent indurés et parfois calleux; cette induration est la conséquence de la glossite partielle déterminée par le contact répété de la saillie dentaire. L'ulcère simple sécrète un pus peu abondant, toujours fétide, il s'accompagne souvent d'engorgement ganglionnaire et donne naissance à quelques troubles fonctionnels. Les malades accusent une douleur plus ou moins vive, douleur dont ils caractérisent très-bien la cause, et éprouvent une difficulté dans la mastication et la prononciation d'autant plus grande que l'ulcère est plus étendu.

La durée de cette ulcération est en rapport avec la cause qui l'a produite; il suffit que la dent ou le chicot soit enlevé pour que l'ulcère se cicatrise promptement et presque de lui-même.