

ulcérations étendues de la cavité buccale. Ces adhérences peuvent, en effet, entraver les mouvements de la langue, surtout si cette dernière se trouve fixée jusqu'à sa pointe au plancher de la bouche. Lorsque l'extrémité antérieure de la langue reste libre, l'organe, grâce à l'action puissante de ses muscles, pourra bien se dégager en partie de ses adhérences et acquérir peu à peu une mobilité plus grande (STROMEYER). Dans les cas de soudure étendue on pourra toujours tenter de mobiliser la langue, surtout s'il est possible d'empêcher les adhérences de se reproduire à l'aide de quelques points de suture, surtout utiles à la limite postérieure du décollement.

Lésions traumatiques de la langue. Ulcérations traumatiques causées par les dents

§ 151. — Dans les **lésions traumatiques** de la langue le chirurgien doit veiller à ce que les adhérences dont nous venons de parler ne puissent se produire, aussi est-il parfois nécessaire, dans les plaies à lambeaux, d'appliquer quelques points de suture. Dans ces cas, il est vrai, on devra toujours s'attendre à un gonflement consécutif considérable, et l'on cherchera à lutter de bonne heure contre cet accident par l'enlèvement des sutures et par des scarifications. Du reste on réussit presque dans tous les cas à rendre aseptiques les plaies de la langue qui ne sont pas trop anciennes, et les sutures au catgut permettent d'obtenir le plus souvent la guérison par première intention. Après avoir nettoyé la bouche et enlevé les caillots sanguins on touche la langue ainsi que la plaie avec un tampon imbibé d'une solution un peu forte d'acide phénique ou de sublimé; puis on saupoudre légèrement la plaie d'iodoforme, on la réunit et l'on applique encore un peu d'iodoforme sur la ligne de suture. Outre les lésions consistant dans des destructions étendues de la langue, dans de véritables amputations de portions entières de cet organe (voir § 150), lésions qui sont dues surtout à des coups de feu, à l'écrasement par une roue de voiture, etc., on observe également des plaies produites par des instruments tranchants, et pouvant donner lieu à des **hémorragies artérielles graves**. On a publié un certain nombre de cas de ce genre dans lesquels la mort est survenue à la suite d'une hémorragie par l'artère linguale. Dernièrement encore LAUGHIER a rapporté un cas dans lequel l'extraction d'une balle qui avait pénétré dans la langue, a été suivie d'une hémorragie mortelle.

Si la lésion n'intéresse pas le tronc même de l'artère linguale, il suffit souvent pour mettre fin à l'écoulement sanguin de faire la ligature médiate de l'artère à l'aide d'une aiguille fortement recourbée munie d'un fil (Umstechung), ou bien de pratiquer la suture profonde de la plaie de la langue. Dans les blessures profondes intéressant le tronc de l'artère il est toujours préférable de lier le vaisseau dans la continuité. Cette liga-

ture peut-être faite au-dessus ou au-dessous du ventre antérieur du digastrique (*Voir plus loin*).

Lorsqu'on veut pratiquer la suture de la langue ou se livrer à d'autres opérations sur cet organe, il est nécessaire d'avoir à sa disposition un instrument qui permette de la fixer en dépit des contractions énergiques de ses muscles. Une pince à mors larges, de préférence fenêtrés, comme, par exemple, la pince à crémaillère servant à fixer les tumeurs hémorroïdaires, remplit assez bien le but que l'on se propose. DOBELL a inventé pour fixer la langue une pince construite suivant les mêmes principes. Cet instrument peut être également employé avec avantage pour empêcher la chute de la langue en arrière, accident qui se produit assez souvent pendant l'anesthésie chloroformique et détermine l'apparition de symptômes d'asphyxie (*Voir maladies du cou*). Dans ces dernières années nous avons, du reste, renoncé à l'emploi des pinces à larges mors que nous venons de décrire pour saisir et fixer la langue, car nous avons trouvé que les pinces blessent beaucoup moins la langue lorsqu'elles agissent sur une petite surface. J'ai utilisé la pince à balles américaine que j'ai modifiée en la munissant d'une fermeture à ressort; je m'en sers actuellement dans toutes les opérations dans lesquelles la langue doit être fixée et attirée hors de la bouche, de même que dans l'anesthésie chloroformique. Les malades se plaignent beaucoup moins après l'opération lorsqu'on s'est servi de cet instrument; en outre il ne se produit pas d'hémorragie après l'emploi de ce dernier.

La grande majorité des lésions traumatiques de la langue sont causées par les dents. Tantôt ce sont les mâchoires qui, dans un accès d'épilepsie, mordent la langue faisant saillie entre les arcades alvéolaires, tantôt ce sont des dents brisées, à arêtes vives, ou dirigées obliquement en dedans qui blessent continuellement les bords latéraux de l'organe, et déterminent la formation d'une **ulcération** plus ou moins profonde. Il se produit une infiltration des bords de l'ulcération, tandis que le fond sans cesse irrité de cette dernière prend une consistance lardacée et une coloration jaunâtre. On pourrait facilement la prendre alors pour une ulcération syphilitique ou carcinomateuse si la cause de sa production restait ignorée. La régularisation de la dent à l'aide de la lime ou son extraction assurent une prompte guérison.

On peut ranger dans cette même catégorie de lésions l'affection que ROSER a désignée sous le nom d'**ulcère de dentition** et qui se produit au niveau du frein de la langue. Chez les enfants pourvus de leurs incisives inférieures on observe, en effet, quelquefois à l'endroit que nous venons d'indiquer une ulcération pouvant atteindre les dimensions d'un pois ou même davantage, et présentant un fond assez fortement induré et d'une coloration blanc jaunâtre. Je n'ai guère rencontré cette petite ulcération que chez les enfants atteints de coqueluche, et elle est due évidemment à la pression du frein de la langue contre les incisives

pendant les efforts de toux. La coïncidence de ces deux affections est si fréquente que l'on peut presque poser le diagnostic de la coqueluche par le seul fait de l'existence de la petite ulcération en question. Toutefois celle-ci peut être évidemment aussi la conséquence d'accès de toux dus à d'autres causes. L'ulcération guérit avec la coqueluche qui lui a donné naissance (*Voir § 154 d'autres détails sur les ulcérations causées par les dents*).

#### Inflammation de la langue, glossite

§ 152. — Tous les processus inflammatoires de la langue peuvent acquérir dans certains cas une gravité exceptionnelle par le fait du gonflement rapide de l'organe, gonflement qui peut être assez considérable pour rendre la déglutition impossible, et même pour empêcher l'accès de l'air dans les voies respiratoires et déterminer ainsi une asphyxie complète. Cet accident n'est pas à redouter seulement dans les phlegmons profonds du tissu musculaire de la langue, mais il peut survenir également dans les inflammations qui ont pour point de départ la surface de l'organe et donnent lieu à un œdème aigu consécutif. Cet œdème aigu et cette propagation rapide de la cause morbide, qui détermine la formation d'un liquide tantôt clair, séreux, tantôt plus ou moins riche en corpuscules purulents, sont évidemment favorisés par la structure particulière de la langue, par la grande quantité de vaisseaux lymphatiques dans son intérieur, ainsi que par l'existence de nombreux interstices de tissu conjonctif séparant les uns des autres les différents muscles qui traversent l'organe et donnent à ce dernier sa forme particulière.

La muqueuse linguale est d'ailleurs sujette à toutes les formes d'inflammation que l'on observe ailleurs. Nous ne décrivons pas ici le simple catarrhe de la muqueuse de la langue avec son dépôt bien connu, affection que l'on observe dans les diverses maladies fébriles et surtout dans celles de l'estomac et de l'intestin, et qui est assez souvent d'une grande importance pour le diagnostic. Par contre nous donnerons quelques détails sur la **glossite** qui fait partie de la **stomatite mercurielle**. Les formes légères de cette stomatite se reconnaissent précisément à l'aspect particulier que prend alors la langue. Cet organe dont la muqueuse est gonflée et ramollie, présente partout où il est en contact avec les dents, de petites dépressions formant en quelque sorte le moule de ces dernières et dues à la pression de la langue contre les arcades alvéolaires; au niveau des saillies qui séparent ces dépressions se montrent tout d'abord des dépôts grisâtres, et bientôt apparaissent dans ces mêmes points des ulcérations; si l'usage du mercure n'est pas suspendu à ce moment, ces ulcérations s'agrandissent de plus en plus par gangrène du tissu de la muqueuse; des destructions considérables de la langue et des adhérences étendues peuvent en être la conséquence.

Ces mêmes altérations s'observent également à la face interne des joues, surtout aux endroits où la muqueuse est en contact avec les dents. Il se produit alors une salivation plus ou moins abondante; l'inflammation envahit peu à peu le rebord alvéolaire, les dents s'ébranlent et tombent, et l'on peut même voir survenir dans certaines conditions une nécrose plus ou moins étendue de l'os.

L'ensemble des altérations que nous venons de décrire n'est point, du reste, particulier à la stomatite mercurielle; en effet dans les stomatites dues à d'autres causes, par exemple à l'ulcération qui se produit quelquefois au niveau de la dent de sagesse, on observe la même tuméfaction de la langue avec les petites ulcérations que nous venons de décrire sur le bord de l'organe. De même à la suite de brûlures de la cavité buccale, soit par des aliments trop chauds, soit par des acides peu concentrés, on voit se produire aussi un gonflement de la langue avec desquamation épithéliale. Quant aux acides concentrés, ils déterminent de véritables destructions de la muqueuse, qui se détache sous forme de lambeaux blanchâtres.

Le **traitement** de cette forme de glossite consiste dans la suppression de la cause et l'emploi de gargarismes désinfectants. Dans les cas de glossite mercurielle c'est le chlorate de potasse qui rend les meilleurs services.

La **diphthérie** peut également se développer primitivement sur la langue, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer à la suite d'une opération dans la bouche; le malade succomba à cette complication. La langue toutefois ne se prête guère évidemment au développement spontané de la diphthérie, et l'on observe bien plutôt l'envahissement secondaire de cet organe par le processus diphthéritique né dans les régions voisines.

Nous avons encore à mentionner ici une série d'inflammations de forme spéciale, intéressant plutôt la surface de la langue, mais produisant souvent une tuméfaction rapide et menaçante de l'organe par suite du développement d'un œdème inflammatoire. Telles sont les inflammations dues à des lésions traumatiques de nature infectieuse. Ainsi la piqûre d'une abeille ou d'une guêpe détermine un gonflement inflammatoire rapide, la morsure d'une vipère peut même produire une tuméfaction promptement mortelle, comme le prouvent plusieurs observations. Le développement, évidemment exceptionnel, de la **pustule maligne** sur la langue a provoqué aussi quelquefois un œdème de cet organe, ce qui n'est point étonnant puisque le principe morbide du charbon a une tendance toute particulière à déterminer un œdème trouble à extension rapide.

On voit aussi parfois survenir une glossite à la suite de **maladies infectieuses**. Tantôt c'est un **érysipèle** qui se propage dans la cavité buccale, en produisant au niveau de la langue une rougeur et un gon-