

de psoriasis lingual de longue durée et surtout du carcinome qui en provient quelquefois, on se trouve naturellement entraîné à admettre que les produits de combustion du tabac ont ici une action analogue à celle qui entre en jeu dans la production du cancer chez les ramoneurs et les ouvriers employés à la fabrication de la paraffine (NÉDOPIL).

Quoi qu'il en soit de cette étiologie, on devra recommander aux malades atteints de psoriasis buccal de s'abstenir complètement de fumer ou du moins de ne fumer que très modérément. Cette affection a peu de tendance à la guérison. Les soins de propreté de la bouche, l'emploi de gargarismes (chlorate ou permanganate de potasse, etc.), l'excision des plaques de psoriasis particulièrement gênantes, tels sont les moyens qui sont à notre disposition. Il est prudent de s'abstenir, en général, de cautérisations énergiques. Dès que l'on soupçonne la transformation du psoriasis en carcinome, il est indiqué de pratiquer l'extirpation hâtive des points suspects.

La **syphilis** se manifeste à la langue sous toutes ses formes. Tantôt c'est le **chancre primitif** que l'on observe, surtout à la pointe de l'organe; tantôt il s'agit d'une **ulcération secondaire** d'aspect lardacé; tantôt enfin on se trouve en présence d'un **psoriasis avec tendance à l'ulcération**, et dans ce cas le diagnostic différentiel avec le psoriasis simple décrit plus haut peut offrir de très grandes difficultés. En général les ulcérations syphilitiques de la langue ont leur siège sur les bords de l'organe; les formes secondaires surtout ont dans cette région une tendance aux hyperplasies papillaires. Enfin il n'est pas très rare d'observer sur la langue de véritables **condylomes** isolés ou coexistant avec des productions de même nature au niveau des piliers du voile du palais.

La langue peut être également le siège de **gommes syphilitiques** affectant la forme de tumeurs. Quelquefois il est presque impossible de poser, après un premier examen, le diagnostic différentiel entre une gomme de la langue d'une part, et un abcès froid, un kyste ou un carcinome, d'autre part. Les gommes se présentent sous la forme de tumeurs qui s'accroissent peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'un œuf de pigeon; elles siègent dans la substance musculaire de la langue, de préférence à la face dorsale, mais quelquefois aussi sur les bords de cet organe, et elles subissent les altérations habituelles bien connues de cette forme de tumeur. Elles peuvent disparaître peu à peu ou subir une induration de leur tissu, ou bien encore, ce qui est le plus souvent le cas, elles se ramollissent à leur centre et donnent lieu à une ulcération profonde, anfractueuse, en forme d'entonnoir et à bords décollés. Aussi longtemps qu'elles ne sont pas ulcérées, on peut facilement, en l'absence d'anamnèse, les confondre avec la forme de carcinome qui débute par une nodosité, ou avec les abcès chroniques décrits plus haut. Dès que la gomme est ouverte, il est parfois possible de poser à première vue le diagnostic entre l'ulcération qui en résulte et le carcinome ulcéré à surface papillaire, et creusée d'anfractuosités remplies de masses caséuses ou

athéromateuses; mais comme ces signes caractéristiques de l'ulcération carcinomateuse peuvent faire défaut, il ne manque pas de cas dans lesquels le diagnostic ne peut être établi d'une façon certaine. Lorsqu'on voit se développer d'emblée plusieurs nodosités à la fois, il est assez probable qu'il ne s'agit point d'un carcinome. Dans les cas douteux on peut parfois assurer le diagnostic par l'excision de petits fragments de la tumeur que l'on soumet à l'examen microscopique. Assez souvent aussi le traitement par l'iodure de potassium vient bientôt lever tous les doutes: au bout de peu de temps les gommes, sous l'influence de ce traitement, subissent une amélioration si extraordinaire qu'il n'est plus permis de conserver des doutes sur la nature de l'affection. Enfin ce qui contribue encore à mettre dans ces cas le chirurgien dans l'embarras, c'est que les gommes ulcérées de la langue se transforment parfois directement en carcinome. J'ai opéré déjà plusieurs fois des carcinomes développés sur un semblable terrain.

Le diagnostic des **affections tuberculeuses de la langue** présente aussi assez souvent des difficultés considérables.

L'ulcère tuberculeux de la langue paraît avoir été décrit en premier lieu par PORTAL, et, après lui, il fut assez souvent signalé par les auteurs français¹. En Allemagne cette affection a été décrite par O. WEBER et STROMEYER. SCHUH la connaissait également et il met en garde les chirurgiens contre la confusion possible avec le carcinome. Dernièrement ont été publiées sur ce sujet diverses statistiques basées sur des observations prises dans des cliniques d'Allemagne (KOERTE, RANKE, NEDOPIL, ALBERT); nous renvoyons le lecteur, qui voudrait approfondir cette question et obtenir des renseignements bibliographiques, au travail que KOERTE a publié dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, VI, p. 447.

La tuberculose de la langue n'a été que rarement observée sous la forme d'une nodosité assez volumineuse siégeant profondément dans le tissu musculaire de l'organe (WAGNER, EUTENER, ALBERT). Le plus souvent, en effet, le processus tuberculeux a pour point de départ la muqueuse, laquelle ne tarde pas à se ramollir et à s'ulcérer. Assez souvent aussi c'est une petite nodosité de la muqueuse qui donne d'abord naissance à l'ulcère tuberculeux. Ce dernier siège alors le plus ordinairement près de la pointe ou sur les bords latéraux de la langue; parfois il guérit spontanément, mais plus souvent il a une tendance bien prononcée à l'ulcération. Celle-ci habituellement est peu profonde, aplatie, à fond induré, inégal, dépourvu de bouchons épithéliaux, rarement parsemé de tubercules visibles à l'œil nu, le plus souvent recouvert de granulations peu abondantes. On a plus fréquemment l'occasion de constater l'existence de tubercules dans les bords parfois indurés, irrégulièrement dentelés, quelquefois même décollés. Un grand nombre d'observateurs

1. Ce fut surtout la thèse de JULLIARD (1865) qui appela l'attention sur la tuberculose de la langue. Depuis lors ont paru un travail de TRÉLAT sur ce sujet dans les *Archives de médecine*, ainsi que les thèses de BOURCHEIX, POUZERGUES, un article de FÉREOL dans l'*Union médicale*, etc. (Note du traducteur).

ont fait remarquer la sensibilité excessive des ulcérations tuberculeuses de la langue; l'ingestion d'aliments et de boissons provoque de vives douleurs, et le malade subit de ce fait un amaigrissement rapide.

Un fait important c'est que la tuberculose de la langue se développe le plus souvent chez les individus affectés de tuberculose grave d'autres organes, de phtisie pulmonaire. Lorsqu'un phtisique est atteint d'une ulcération de la langue, il est rare que l'on commette une erreur en admettant sa nature tuberculeuse à l'exclusion du carcinome. D'autre part on connaît un certain nombre d'observations d'éruption tuberculeuse de la langue survenue en l'absence de tout symptôme de tuberculose dans d'autres parties du corps, ou longtemps avant l'apparition de symptômes de ce genre. C'est dans ces cas principalement que le diagnostic différentiel entre l'ulcère tuberculeux et l'ulcère simple ou syphilitique et surtout le carcinome, peut présenter des difficultés telles que l'examen microscopique de petits fragments extirpés du néoplasme peut seul trancher la question, et encore cet examen n'est-il pas toujours concluant.

La question du diagnostic a, du reste, perdu beaucoup de son importance depuis que les chirurgiens sont généralement d'accord de ne plus se contenter des moyens anodins en usage autrefois, mais d'instituer un traitement énergique. Le malade éprouve ordinairement de si vives douleurs et l'alimentation est par le fait si défectueuse, qu'il y a indication urgente à tenter la guérison par l'extirpation de la partie ulcérée. L'opération consistera soit dans l'excision cunéiforme de la portion ulcérée de la langue, suivie immédiatement de la suture des bords de la plaie, soit dans le grattage de l'ulcération avec la curette tranchante, soit enfin dans la destruction des parties malades au moyen du thermocautère ou du galvanocautère. Comme il s'agit le plus souvent d'individus très affaiblis et amaigris, la nécessité d'éviter autant que possible une perte de sang devra guider le chirurgien dans le choix de la méthode opératoire.

Enfin nous devons encore mentionner le **lupus** que l'on peut observer sur la langue en même temps qu'au palais, aux gencives, ainsi qu'à la face interne des lèvres et des joues. Les points envahis offrent assez souvent à leur surface un aspect papillaire bien prononcé. Rarement le diagnostic présente des difficultés; parfois seulement le lupus pourrait être confondu avec la syphilis.

Lymphangiome de la langue (hypertrophie, prolapsus de la langue, macroglossie).

§ 155. — Bien que GALIEN ait déjà observé et décrit des cas de macroglossie congénitale et acquise, la connaissance exacte de la nature de cette affection ne date guère que des recherches faites dans la seconde moitié de notre siècle. En Allemagne c'est surtout à O. WEBER et VIRCHOW que nous devons de mieux connaître cette maladie, et un certain nombre d'observations publiées (BILLROTH, VOLKMANN, MAAS, GIES, WINIWARTER, etc.) ont contribué à nous éclairer sur les caractères anatomiques de la macroglossie.

Mais ce n'est que depuis que WEGNER a exposé avec beaucoup de clarté dans un mémoire le résultat de ses recherches sur les lymphangiomes en général et sur ceux de la langue en particulier, que nous possédons des données bien exactes sur la genèse et la nature de la plupart des formes congénitales de macroglossie.

Le mot **lymphangiome** occupe la première place dans le titre de cet article consacré aux hypertrophies de la langue. Nous croyons être autorisé à adopter cette dénomination depuis que WEGNER a prouvé, à notre avis, que dans la grande majorité des formes congénitales de macroglossie, et par conséquent dans la plupart des cas de cette maladie, il s'agit d'une affection de l'appareil lymphatique de la langue, d'une stase de la lymphe due probablement à des obstacles à son écoulement, stase suivie d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques et d'autres processus pathologiques qui en sont la conséquence; telle est, en effet, d'après cet auteur la cause des altérations de forme de l'organe lingual qui ont été désignées sous les noms de prolapsus de la langue, de macroglossie.

VIRCHOW, d'ailleurs, avait déjà démontré que dans les cas observés par lui il s'agissait d'une augmentation considérable du tissu conjonctif interstitiel, et que dans l'intérieur de ce tissu on rencontrait de petites cavités remplies de cellules lymphatiques. La marche clinique de la maladie justifiait également la comparaison que Virchow établissait entre la macroglossie et la forme kystique de l'éléphantiasis. Cette découverte fut confirmée et même développée ultérieurement par une série d'autres observateurs. WEGNER a eu l'occasion d'examiner un grand nombre de cas, et il a tiré de ses recherches des conclusions sur la genèse probable et la marche ultérieure de la maladie. Nous renvoyons le lecteur au travail de ce chirurgien, et nous donnons ici à grands traits les faits essentiels qui s'en dégagent.

Dans le tissu malade de la langue on observe un nombre plus ou moins considérable de lacunes tantôt vides, tantôt remplies de cellules lymphatiques et de lymphe coagulée. Ces lacunes ne sont autres que des espaces lymphatiques agrandis, des fentes lymphatiques, comme le prouvent l'absence de parois propres (ces lacunes confinent directement aux tissus environnants), l'existence habituelle d'une couche endothéliale et enfin les relations manifestes de ces cavités avec les vaisseaux lymphatiques. WEGNER admet que cette dilatation des voies lymphatiques est due à des obstacles apportés à l'écoulement de la lymphe. Dans l'intérieur de ces espaces, de même que dans le tissu avoisinant, se développe une série de processus pathologiques, qui viennent parfois compliquer à un très haut degré le tableau histologique. Ces processus consistent tout d'abord dans des modifications particulières que subit la lymphe coagulée par le fait de sa stagnation dans les espaces lymphatiques. Assez souvent le contenu de ces derniers s'échappe dans les coupes avant que l'on ait pu en pratiquer l'examen microscopique; dans d'autres cas il se montre composé de corpuscules lymphatiques et de rares globules sanguins réunis entre eux par de la fibrine, ou bien il a subi une dégénérescence finement granuleuse. Quelquefois le thrombus devient le siège d'une métamorphose analogue