

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, WINIWARDER, 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



à la dégénérescence colloïde (glande thyroïde). A l'intérieur du thrombus qui présente déjà un aspect vitreux, se développent en nombre toujours plus considérable de petites masses vésiculaires, qui remplissent peu à peu toute la section du thrombus et finissent par confluer en un certain nombre de gouttelettes d'un liquide épais et incolore. Dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'il existe une stase veineuse considérable (ce qu'on observe volontiers lorsque la langue volumineuse pend hors de la cavité buccale), il arrive qu'en certains endroits de la tumeur un espace lymphatique dilaté se trouve dans le voisinage d'un vaisseau, par exemple d'une veine, et que peu à peu le tissu intermédiaire disparaît; le sang veineux pénètre alors dans l'espace lymphatique, refoule le thrombus avec lequel il s'est d'abord mélangé, et l'espace lymphatique se trouve ainsi transformé en espace sanguin. Le sang peut même ultérieurement pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques de faible calibre, et transformer ces derniers en vaisseaux sanguins aussi bien au point de vue de la forme que du contenu. Ainsi se développe une forme mixte de tumeur, c'est-à-dire un lymphangiome à côté et à l'intérieur d'un hémangiome. Lorsqu'il ne se produit pas de communication de ce genre entre les voies sanguines et lymphatiques, les modifications proprement dites du tissu de la tumeur se bornent le plus souvent à une augmentation du tissu conjonctif interstitiel. En même temps les faisceaux des muscles sont écartés les uns des autres, et plus tard la fibre musculaire disparaît par atrophie. Par contre on observe des phénomènes très actifs de prolifération lorsque le sang peut circuler dans les espaces et capillaires lymphatiques. Il se fait alors une accumulation considérable de cellules dans le tissu de la langue. Des capillaires de nouvelle formation se montrent en grand nombre et se mettent en communication avec les voies sanguines préexistantes. Tout d'abord ces transformations se produisent d'une façon diffuse, mais bientôt elles tendent à se limiter dans des points circonscrits sous la forme folliculaire.

L'état le plus simple du lymphangiome de la langue est représenté dans la figure ci-contre se rapportant à un cas que j'ai eu l'occasion d'observer et de soigner à la clinique de Rostock, et qui a été examiné et décrit par le D<sup>r</sup> GIES.

Nous ne pouvons encore actuellement nous prononcer d'une façon décisive sur les relations de l'hypertrophie vraie de la langue avec la forme de lymphangiome que nous venons de décrire et qui répond évidemment au plus grand nombre des faits de macroglossie. En effet il n'a été publié dans ces derniers temps qu'un seul cas non douteux d'hypertrophie de la langue. Mais ce cas décrit par MAAS réclame une place à part, car il s'agissait d'une hypertrophie complète d'une moitié du corps et de la moitié correspondante de la langue. D'autre part les faits publiés antérieurement (C. B. WEBER, GROHE, BUHL, BUSCH, VALENTA) ont été examinés à une époque où nos connaissances relatives au lymphangiome étaient bien plus restreintes qu'actuellement; et il n'est pas du tout prouvé qu'un nouvel examen de ces cas, s'il était possible, viendrait confirmer l'opinion admise par ces auteurs, à savoir qu'il s'agirait

là d'une véritable prolifération, en partie sous forme de nodosités, des tissus musculaire et conjonctif.

L'accroissement continu du lymphangiome est évidemment tout à fait minime. La tumeur se développe surtout d'une façon discontinue sous forme de poussées intermittentes. La comparaison de cette affection avec l'éléphantiasis (VIRCHOW) se trouve assez bien justifiée, car il n'est pas rare d'observer au niveau de la langue malade des inflammations de forme érysipélateuse. La langue augmentée de volume se

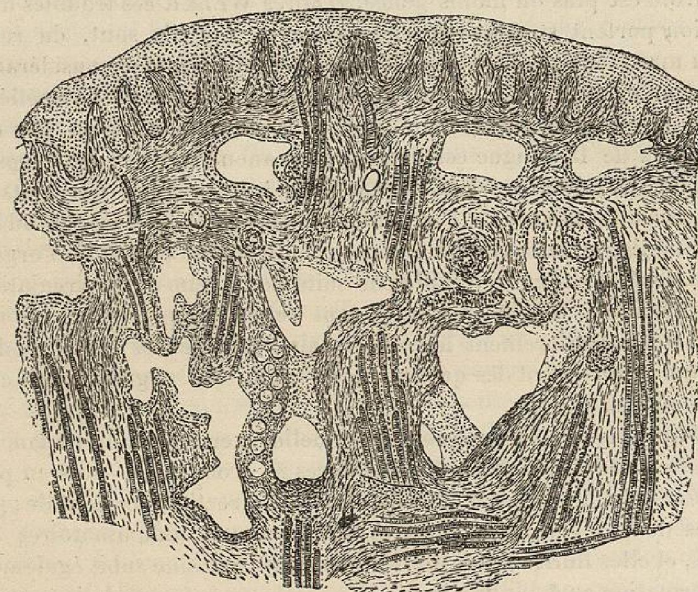


Fig. 92. — Macroglossie. Augmentation du tissu conjonctif interstitiel; ectasie des espaces lymphatiques (D<sup>r</sup> GIES).

trouve, en effet, exposée à une série d'irritations par le fait de sa proéminence hors de la cavité buccale trop petite pour la loger entièrement, ou des lésions peu étendues de la muqueuse linguale par des saillies dentaires. Lorsque l'altération du tissu de la langue s'étend jusqu'à la surface de l'organe, la muqueuse s'amincit de plus en plus, et l'on peut voir se produire une rupture des capillaires lymphatiques fortement dilatés à l'intérieur des papilles. Les voies d'absorption se trouvent ainsi largement ouvertes aux agents inflammatoires qui, on le sait, existent en grande quantité dans la cavité buccale, surtout chez les adultes (WEGNER). Chez une femme adulte atteinte d'un lymphangiome de la langue j'ai même vu la mort survenir à la suite d'une glossite avec formation d'un grand nombre de foyers purulents dans les espaces lym-