

phatiques. Chaque poussée inflammatoire est suivie d'une nouvelle augmentation de volume de la langue due à l'infiltration des tissus, et chaque accroissement de l'organe entraîne l'atrophie d'un certain nombre de fibres musculaires.

§ 156. — Les **symptômes** de la macroglossie varient suivant que l'augmentation de volume de la langue est partielle ou totale. A chaque nouvelle poussée offrant, comme nous l'avons vu, les caractères de l'érysipèle, la langue fait de plus en plus saillie hors de la cavité buccale. La bouche alors ne peut plus être fermée, la salive s'écoule à l'extérieur et la parole est plus ou moins gênée. D'après WEBER ces troubles de la phonation portent surtout sur les lettres *c, w, z, q*; ils sont, du reste, très peu marqués dans bien des cas d'augmentation, même considérable, du volume de la langue. Lorsque cet organe est fortement tuméfié, la déglutition est aussi gênée d'une façon plus ou moins notable. Dès que le prolapsus de la langue est devenu permanent, celle-ci est exposée, d'une part, aux lésions traumatiques dues à la pression des dents, et d'autre part à l'influence de l'air atmosphérique; sa surface prend un aspect fendillé, se recouvre de croûtes, tandis que la pointe de l'organe subit un gonflement considérable par suite de la gêne de la circulation. Des modifications très intéressantes sont celles que présentent les mâchoires, et particulièrement les rebords alvéolaires et les dents, modifications qui se montrent dès que la langue a subi une augmentation considérable de son volume.

Sous l'influence de la pression continuelle exercée par la langue tuméfiée, les dents et les rebords alvéolaires se trouvent de plus en plus repoussés en dehors et tendent à prendre une direction horizontale; peu à peu les dents s'ébranlent grâce à des processus inflammatoires des gencives, et elles finissent par tomber. La voûte palatine subit également une déformation sous l'influence de la poussée exercée par la langue; le plus souvent elle s'aplatit et se continue insensiblement avec le rebord alvéolaire qui a pris une direction se rapprochant de l'horizontale. L'augmentation de volume de la langue peut être si considérable qu'elle forme finalement une tumeur descendant jusque sur la poitrine; la surface de l'organe monstrueux est irrégulière, verruqueuse, crevassée et saigne facilement.

A propos de l'étude anatomique de la macroglossie nous avons déjà dit que la grande majorité des cas observés étaient de nature **congénitale**. Dans un cas publié par MAAS une hypertrophie de la moitié du corps s'accompagnait d'une altération semblable du côté correspondant de la langue. Quant à la cause de la **macroglossie acquise**, elle consiste probablement toujours dans des processus inflammatoires qui souvent ressemblent à l'érysipèle, et qui surviennent tantôt spontanément, tantôt à la suite de lésions traumatiques (morsures de la langue chez les épileptiques, plaies opératoires, etc.). Quelquefois la macroglossie suc-

cède à l'une ou l'autre des formes de glossite décrites plus haut (à la suite de la fièvre typhoïde, de la scarlatine etc.).

En ce qui concerne le pronostic, nous devons, d'après ce qui précède, considérer comme très rares les faits de guérison spontanée, et nous attendre le plus souvent à voir la tumeur augmenter peu à peu de volume. Cependant, tout dernièrement, GUERLAIN a publié un cas de guérison; la langue qui était très volumineuse à la naissance, avait diminué peu à peu au point qu'à l'âge de 6 ans elle pouvait être complètement cachée dans la cavité buccale.

Quelques exemples, en petit nombre il est vrai, mais bien avérés, ayant démontré la possibilité de la guérison de la macroglossie par la **compression**, on fera peut-être bien d'essayer à l'occasion ce moyen de traitement. Mais on aurait tort d'en espérer un bien bon résultat, car la conformation des parties malades ne se prête guère à l'emploi d'une compression énergique. On a conseillé dans ce but d'envelopper dans des tours de bande la partie de la langue en procidence, ou bien de faire usage d'un bandage en caoutchouc ayant la forme d'un sac, et que l'on maintient fixé à l'occiput par des tours croisés. Les cas de macroglossie très prononcée sont justiciables d'une intervention opératoire.

Lorsque la langue est fortement grandie dans toutes les directions, de telle sorte qu'une simple excision cunéiforme ne suffirait pas à redonner à l'organe une forme convenable, on pourra se servir avec avantage de l'excision cunéiforme double conseillée par BOYER. A l'aide d'une aiguille on passe à travers la base de la langue un double cordonnet servant à attirer l'organe en avant. Puis avec un bistouri à large lame on fait d'abord une excision cunéiforme dans la direction horizontale de façon à diminuer la hauteur de la langue, et l'on réduit ensuite également le diamètre transversal de l'organe par l'excision d'un coin dirigé verticalement. Suivant l'importance de l'hémorragie on pratique la ligature directe ou médiate des vaisseaux dans la plaie, ou bien on met fin à l'écoulement sanguin par la suture. Les cordonnets peuvent alors être utilisés immédiatement pour les sutures profondes.

L'excision fait courir à l'opéré le danger d'une hémorragie; en outre elle a été suivie dans quelques cas d'un œdème inflammatoire considérable de l'organe, et même une fois cet œdème a entraîné la mort par asphyxie (SYME). Bien que le traitement antiseptique appliqué suivant les règles déjà formulées plusieurs fois, offre une certaine garantie de succès, il ne faut pas oublier cependant que l'asepsie ne peut être sûrement réalisée dans les plaies de la cavité buccale, et que par conséquent on ne pourra évidemment pas toujours éviter certaines complications inflammatoires. L'opération en question n'exclut, du reste, pas plus les récidives que les autres méthodes de traitement, et comme nous l'avons déjà fait remarquer à propos d'un cas observé par nous, elle est parfois suivie de poussées inflammatoires et d'une nouvelle augmentation de vo-

lume de la langue. On comprend dès lors que l'on ait sans cesse essayé de nouvelles méthodes, surtout celles qui n'entraînent pas une perte de sang notable. L'écraseur linéaire continue à jouir d'une certaine considération, et l'on a déjà opéré avec succès à l'aide de cet instrument un certain nombre de cas de macroglossie. Mais c'est à l'anse galvanocautique que l'on doit, semble-t-il, accorder la préférence, ainsi qu'il ressort des observations de MAAS à la clinique de Breslau. La crainte, exprimée par WEBER, que l'écrasement et l'anse galvanocautique ne puissent pas donner à la langue une forme tant soit peu convenable, ne s'est pas confirmée dans la pratique, la rétraction cicatricielle s'étant chargée dans la plupart des cas de fournir à l'organe une pointe bien conformée. Il est vrai que par ce moyen on ne garantit pas absolument le malade contre tout danger d'hémorragie, mais ce dernier se trouve réduit à un minimum lorsque, dans le cas où l'on se sert de l'appareil galvanocautique, on a soin d'opérer avec des fils d'une certaine épaisseur et des courants galvaniques faibles.

L'ignipuncture pratiquée à l'aide d'un galvanocautère ou d'un thermocautère, paraît être également efficace, sans qu'il soit nécessaire d'enlever des portions de la langue malade. HELFERICH chez un enfant affecté d'un haut degré de macroglossie, se servit du thermocautère porté au rouge, qu'il enfonça perpendiculairement de la face dorsale dans la profondeur de l'organe; il pratiqua ainsi 22 pointes de feu disséminées sur toute l'étendue de la face dorsale de la langue, et celle-ci reprit, provisoirement du moins, une forme normale à la suite de l'opération. Nous ne pouvons que conseiller d'essayer, à l'occasion, ce procédé, bien qu'il ne soit pas absolument dépourvu de danger. Un enfant chez lequel je traitai un angiome de la langue par l'ignipuncture, faillit succomber à une glossite intense consécutive.

TUMEURS DE LA LANGUE.

Tumeurs kystiques de la langue

§ 157. — Parmi les tumeurs de ce genre, les plus fréquentes sont les kystes des glandes muqueuses, ainsi que les cysticerques. Les **kystes muqueux** se développent dans les parties de la langue qui possèdent des glandes, c'est-à-dire la pointe, les bords et la base de cet organe. Ils naissent par voie inflammatoire à la suite de l'oblitération du conduit excréteur. Ces tumeurs n'atteignent jamais un volume considérable; elles ont le plus souvent les dimensions d'un pois ou tout au plus d'une fève; elles sont dures, rarement fluctuantes. La tumeur qui leur ressemble le plus au point de vue de la forme et du volume, c'est le **cysticerque**; mais ce dernier siège ordinairement plus profondément dans la masse musculaire de la langue. Si l'on pratique une ponction exploratrice, laquelle est d'ailleurs presque toujours nécessaire pour le diagnostic, on

voit sortir par la canule un liquide muqueux s'il s'agit d'un kyste muqueux, et un liquide clair si l'on a affaire à un cysticerque; dans ce dernier cas l'incision donne issue au vers enkysté. Dans le diagnostic de ces deux formes de kystes on devra songer à la possibilité de l'existence d'un abcès, voire même d'un carcinome. ROSER fait mention d'une forme de kyste muqueux situé sur la ligne médiane de la langue, dans la région du foramen cœcum, et correspondant même peut-être à ce dernier; le kyste s'étend jusqu'à l'os hyoïde, et ROSER est tenté de le considérer comme provenant des fentes branchiales. Ce chirurgien fait dans ces cas l'excision de la paroi antérieure du kyste, et introduit chaque jour un stylet dans la plaie pour l'empêcher de se fermer prématurément. On possède également quelques rares observations de **kystes dermoïdes** (GÉHÉ, thèse sur les kystes de la langue) Ils occupent toujours la ligne médiane de l'organe. Tantôt on en fait l'extirpation complète, tantôt on se contente d'exciser une portion de la paroi. Quant aux autres tumeurs kystiques, c'est aussi l'extirpation qui constitue leur meilleur mode de traitement.

On a publié un assez grand nombre de cas d'**échinocoques** de la langue, et dans les contrées où ce parasite est fréquent, on devra toujours songer à la possibilité d'une tumeur de cette nature lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste arrondi de la langue ayant acquis de grandes dimensions. Cette forme de kyste est, du reste, loin d'être fréquente dans cet organe, car je ne l'y ai jamais observée dans le Mecklembourg pendant une longue série d'années que j'ai passées dans ce pays cependant si riche en échinocoques. Quant au **cysticerque** je l'ai rencontré plusieurs fois dans le tissu musculaire de la langue. Le traitement consiste dans l'incision du sac et l'évacuation des vésicules qu'il contient.

Tumeurs kystiques sublinguales (athérome, kyste dermoïde, grenouillette)

§ 158. — Tandis que dans la langue elle-même les tumeurs kystiques sont vraiment très rares, ces productions sont d'autant plus communes dans la région sublinguale, au-dessous de la muqueuse et de chaque côté du frein, ainsi que dans l'interstice des muscles qui s'étendent du menton à la langue.

Une petite partie de ces tumeurs sont de véritables **athéromes** et **kystes dermoïdes** pouvant atteindre des dimensions considérables. BRYCK auquel nous devons plusieurs observations de tumeurs de ce genre, en opéra une qui avait les dimensions du poing d'un adulte, remplissait presque complètement la bouche et formait une saillie considérable dans la région du cou, d'où il en fit l'extirpation. BAUER et LINHART ont observé également des cas semblables. Ces kystes sont sans