

kyste possède réellement un revêtement de cellules épithéliales à cils vibratiles. Nous avons, du reste, déjà mentionné plus haut le fait que des dispositions anormales du trou borgne peuvent donner lieu à la formation de kystes.

Il y a quelques années V. RECKLINGHAUSEN, se basant sur des recherches anatomiques et sur une revue critique des cas publiés jusqu'alors, émit l'opinion que la tumeur sous-linguale typique, désignée sous le nom de grenouillette, provenait de la glande de BLANDIN-NUHN. Il appuie sa manière de voir sur la forme et le mode d'accroissement de la tumeur, ainsi que sur son contenu muqueux particulier. Ce qui parle également en faveur de cette hypothèse, c'est la perméabilité bien constatée des conduits excréteurs des glandes salivaires, la situation anatomique de la tumeur sur les côtés du frein et dans la substance même de la langue, enfin l'existence d'une paroi kystique indépendante, tapissée d'épithélium à l'intérieur. Dans nombre de cas, et particulièrement dans la grenouillette appelée multiloculaire, on trouve encore dans les parois du kyste des restes de substance glandulaire.

La glande de BLANDIN-NUHN est un organe à sécrétion muqueuse, situé dans l'intérieur de la langue, près de la pointe de cette dernière. La forme et la situation de cette glande sont du reste très variables. Tantôt on observe des glandes paires, tantôt seulement des amas disséminés de substance glandulaire; enfin dans d'autres cas la glande fait entièrement défaut. Le plus souvent elle est située dans la substance linguale près du point de réflexion du frein sur la langue. Ici comme ailleurs, le point de départ du kyste est une inflammation ayant pour conséquence l'oblitération des conduits excréteurs. Le liquide de sécrétion s'accumule alors dans l'intérieur de la glande et le tissu environnant contribue à la formation de la paroi du sac dont la surface interne se recouvre d'une couche de cellules épithéliales. Le kyste s'accroît en partie dans l'épaisseur de la pointe de la langue, mais la plus grande part s'étend à côté du frein, dans le plancher buccal. Mais dans tous les cas, grâce à ce mode de développement, une portion de la tumeur se trouve située dans l'intérieur de la substance même de la langue.

L'explication fournie par RECKLINGHAUSEN sur la pathogénie de la plupart des cas de grenouillette typique a été acceptée dernièrement par SONNENBURG à la suite d'observations personnelles. C'est elle qui nous rend compte le plus simplement du mode du développement de la petite tumeur. L'avenir nous apprendra si la glande de BLANDIN-NUHN est le seul point de départ des kystes appelés grenouillettes.

§ 159. — Le traitement consistera, autant que possible, dans l'extirpation du kyste, soit par la voie buccale, soit par la région sus-hyoïdienne lorsque la tumeur fait saillie sous le menton. Les athéromes et les kystes dermoïdes ont des parois si épaisses que l'opération est possible; mais il n'en est pas de même des véritables grenouillettes, qui ont parfois des

parois très minces; l'extirpation peut alors présenter des difficultés. Néanmoins, même dans ces conditions, on doit selon nous tenter d'abord l'extirpation. Nous avons acquis la conviction que chez des individus raisonnables on peut, sans l'aide du chloroforme, pratiquer par la voie buccale l'énucléation de kystes à parois très minces. Il faut chercher alors à conserver intacte la paroi du sac; aussi l'incision de la muqueuse qui le recouvre exige-t-elle de grandes précautions; ce premier temps de l'opération est suivi de l'énucléation de la tumeur à l'aide des ciseaux de Cooper fermés. Dans un cas où la paroi du kyste s'était déchirée dans le cours de l'opération, nous sommes parvenu cependant à l'extirper entièrement. MICHEL (*Gaz. hebdomadaire*, 1877) se basant sur sa propre expérience, conseille aussi l'extirpation de la tumeur et insiste sur l'incertitude des autres méthodes opératoires. Mais lorsque l'extirpation a échoué, nous sommes d'avis d'avoir recours à d'autres procédés, bien que ces derniers, comme ROSER le fait remarquer avec raison selon nous, offrent tous l'inconvénient d'être d'une efficacité douteuse.

On cherchera d'abord, après l'évacuation du kyste, à obtenir l'oblitération de la poche en faisant une large excision de sa paroi antérieure. Après avoir incisé le kyste on en retranche une portion de la paroi à l'aide de ciseaux. Puis si l'on veut empêcher l'ouverture de se fermer rapidement, on réunit par quelques sutures les parois du kyste à la muqueuse buccale (JOBERT), et à l'aide d'un stylet on détruit chaque jour les adhérences qui auraient pu se produire à l'intérieur de la poche, de façon à obtenir peu à peu la rétraction cicatricielle de la partie qui n'a pu être enlevée. Ce procédé a été conseillé encore dernièrement par BILLROTH, qui a obtenu ainsi un certain nombre de guérisons.

L'injection iodée peut également donner de bons résultats, mais a parfois l'inconvénient, ainsi que j'ai observé dans un cas, de produire un gonflement considérable de la région comprise entre la langue et l'os hyoïde, et d'entraîner ainsi des phénomènes d'asphyxie. Le procédé de PAULI n'offre sans doute aucun avantage sérieux sur l'incision simple ou l'injection iodée; il consiste à introduire dans la paroi du kyste un anneau creux semblable à une boucle d'oreilles, et à pratiquer de temps en temps par l'intermédiaire de cet anneau des injections iodées dans la cavité kystique. En tous cas l'injection iodée n'est rien moins qu'un procédé sûr. Lorsque la tumeur fait saillie sous le menton, le mode de traitement qui offre peut-être le plus de garanties de succès, est celui qui consiste à passer à travers le kyste un tube en caoutchouc remplaçant avantageusement l'ancien séton (STROMEYER).

Tumeurs vasculaires. Tumeurs appartenant au groupe du tissu conjonctif

§ 160. — Les tumeurs vasculaires, soit congénitales, soit sous la forme de petits anévrysmes, ne sont pas très rares à la langue. L'an-

giome simple surtout a été assez souvent observé au niveau de la pointe de l'organe, et il peut se développer au point de former des tumeurs considérables, en partie érectiles. Ces néoplasmes doivent être traités soit par l'excision soit par la galvanocaustique ; dans le second cas on se servira de l'anse galvanique ou de cautères en forme d'aiguilles que l'on enfonce dans la tumeur.

Les **fibromes** et les **enchondromes** se rencontrent aussi quelquefois au niveau de la langue, et les premiers peuvent avoir une forme pédiculée. On possède également quelques observations de lipome. Plusieurs auteurs se sont occupés dernièrement de la question des lipomes de la langue. Ainsi MALON en a rassemblé un certain nombre de cas, et CAUCHOIR les divise en trois groupes suivant leur situation. Ils peuvent se développer, en effet, sous la muqueuse, dans le tissu musculaire, ou dans le tissu conjonctif intermusculaire. Les formes sous-muqueuses, molles, fluctuantes, sont celles dont le diagnostic offre le moins de difficulté ; par contre le chirurgien est dans l'embarras lorsqu'il s'agit d'un lipome situé plus profondément. Le plus souvent la tumeur siège vers la pointe de la langue, plus rarement dans la région dorsale ou à la base de l'organe. On la reconnaît à son accroissement lent, à son aspect jaunâtre par transparence grâce à l'amincissement de la muqueuse, et enfin à sa fausse fluctuation. L'opération n'est difficile que dans les cas de lipomes développés dans le tissu conjonctif interstitiel de la langue.

Il n'est pas très rare d'observer une **hypertrophie diffuse congénitale des papilles de la langue**. C'est à cette hypertrophie qu'il faut attribuer l'état anormal décrit plus haut consistant en une irrégularité de la surface de l'organe, qui est rugueuse, recouverte de villosités et creusée de sillons profonds. On observe aussi, d'ailleurs, des tumeurs papillaires circonscrites sous forme de verrues pédiculées ou à large base d'implantation ; on les enlève soit par la ligature, soit par l'excision avec les ciseaux, avec ou sans un cône de la substance même de la langue.

Carcinome de la langue

§ 161. — Le néoplasme le plus fréquemment observé à la langue, c'est le **carcinome**. D'après O. WEBER le cancer de la langue occupe à peu près le 12^e rang dans l'échelle de fréquence des carcinomes en général. Sur 230 tumeurs de cette nature on n'en observe guère qu'une seule à la langue. La femme en est bien moins souvent affectée que l'homme (dans la proportion de 1 à 7 environ). Il est assez probable que l'habitude de fumer est la cause de cette fréquence plus grande du carcinome lingual chez l'homme. D'autre part il est hors de doute que, très souvent, ce néoplasme naît sur les points de la langue qui sont exposés à des irrita-

tion continuelles provenant de saillies de dents cariées ; c'est ainsi que les bords latéraux et la pointe de la langue sont souvent le siège du carcinome. Mais il est bien loin d'en être toujours ainsi, car les parties postérieures du dos de la langue et la région sublinguale fournissent aussi un assez fort contingent de ces tumeurs.

Le carcinome de la langue a assez souvent pour point de départ une crevasse, une ulcération, dont les bords s'infiltrent des éléments du néoplasme ; l'infiltration d'une part, et le processus ulcératif, d'autre part, s'étendent de plus en plus en surface et en profondeur (*voir plus haut* § 154). WOELFLER a attiré l'attention sur la particularité que présente dans un certain nombre de cas le carcinome de la langue de rester longtemps à l'état latent. Des années peuvent s'écouler avant que la petite ulcération ou nodosité du début commence à gêner le malade et à s'agrandir d'une façon notable.

Le diagnostic des carcinomes développés dans ces conditions est douteux au début, surtout dans les cas où l'ulcération se trouve dans le voisinage immédiat d'un chicot, d'autant plus que le fond de l'ulcère ne présente pas toujours les **bouchons épithéliaux** caractéristiques. Cependant la marche envahissante du carcinome, les bords durs, infiltrés de l'ulcération, la possibilité d'exclure l'infection syphilitique, et, au besoin, l'examen microscopique d'un petit fragment de la tumeur, assurent dans tous les cas le diagnostic.

Mais le carcinome se développe aussi quelquefois primitivement dans la langue sous la forme d'une nodosité. Dans quelques cas on observe à la fois plusieurs noyaux durs situés sous la muqueuse et s'étendant jusque dans les muscles. La petite tumeur s'accroît de plus en plus et finalement se ramollit à son centre. Il en résulte une ulcération à bords infiltrés, qui fournit parfois d'abondantes masses épithéliales caséuses et des lambeaux de tissu nécrosé. On aura alors à faire le diagnostic différentiel avec un abcès, un kyste, une affection tuberculeuse ou une gomme (*voir plus haut* § 154).

Le carcinome de la langue, comme celui d'autres régions, peut affecter une forme plate ulcéreuse et une forme médullaire avec tendance à l'infiltration. Cependant on observe également une forme nettement squirreuse, dans laquelle l'abondante prolifération du tissu conjonctif étouffe en quelque sorte les îlots épithéliaux et en provoque la dégénérescence grasseuse.

Le plus souvent c'est de la muqueuse que part la prolifération épithéliale, qui pénètre dans les tissus sous la forme de bourgeons végétants. Mais les glandes sont aussi parfois le point de départ du néoplasme. Autour des végétations épithéliales se produit une abondante prolifération de petites cellules, qui, surtout dans la substance musculaire, se répandent de très bonne heure sur les limites de ces îlots et bourgeons épithéliaux.