

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 graisseuse.

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.

Le fond de l'ulcération est quelquefois le siège d'une forte prolifération papillaire, qui en constitue la masse principale. Le néoplasme s'étend de plus en plus dans la langue et les tissus voisins, et arrive le long des muscles jusqu'au menton et à l'os hyoïde. La langue se trouve ainsi tout entière fixée sur le plancher de la bouche. Latéralement la tumeur envahit le maxillaire et les piliers du voile du palais; elle peut même perforer le maxillaire et les téguments qui le recouvrent, et apparaître à l'extérieur sous la forme d'un ulcère végétant. Les ganglions lymphatiques situés au-dessous de l'angle de la mâchoire sont envahis de bonne heure, tandis que les métastases proprement dites sont en somme peu fréquentes.

Dans la majorité des cas le carcinome de la langue, dans sa marche ultérieure, est le siège de vives douleurs, avec irradiations fréquentes du côté de l'oreille. Ces douleurs qui souvent sont dues à l'infiltration du nerf lingual par les masses carcinomateuses, ont dans beaucoup de cas un caractère franchement névralgique. Telle est, avec la fixation de la langue, la cause des troubles souvent très notables de la mastication, de la déglutition et de la parole. En outre la langue fixée ne peut plus opérer le nettoyage de la cavité buccale cependant si nécessaire en raison de la sécrétion sanieuse de l'ulcération. Ce liquide en stagnation ainsi que des particules alimentaires en putréfaction sont alors continuellement avalés. C'est à cette cause, d'une part, et, d'autre part, à l'infection putride ayant la plaie pour point de départ, qu'il faut attribuer la cachexie rapide que l'on observe alors chez le malade. Si l'on ajoute à cela les troubles de la respiration qui peuvent résulter de l'accroissement du carcinome du côté du larynx, et le danger des hémorragies qui se produisent assez souvent, on comprend que le carcinome de la langue soit redouté à l'égal de la plus affreuse maladie.

§ 162. — Le pronostic de cette affection est extrêmement sombre. En effet, d'une part, si l'on s'abstient d'opérer, la marche du carcinome est ordinairement très rapide et se termine fatalement au bout de 12 à 18 mois environ; d'autre part, dans les cas où l'on a tenté une opération, on doit, de l'avis unanime de presque tous les chirurgiens, s'attendre à voir survenir dans la plupart des cas une récurrence rapidement mortelle ou la mort par extension du néoplasme à d'autres parties du corps; des intervalles libres de 12 à 18 mois entre l'opération et la récurrence sont déjà comptés parmi les résultats favorables.

Dans le cours des dernières années le pronostic des opérations de carcinomes de la langue s'est considérablement amélioré. Déjà G. WEBER, en réponse à d'autres chirurgiens qui affirmaient l'inutilité de ces opérations, avait publié un cas tiré de la pratique de CHELIUS, dans lequel la récurrence ne survint qu'au bout de 12 ans. Depuis lors la manière de voir des auteurs s'est peu à peu modifiée, et différents chirurgiens, parmi lesquels nous citerons BILLROTH et KOCHER, ont prouvé par le résultat de

leurs opérations que le sort des individus opérés d'un carcinome de la langue n'est pas plus mauvais que lorsqu'il s'agit d'une tumeur de même genre développée dans une autre partie du corps. C'est surtout à BILLROTH et à ses assistants (V. WINIWARTER, WOELFLER) que nous devons les progrès réalisés dans cette direction, ces chirurgiens ayant, en effet, démontré que l'amélioration des procédés opératoires avait abaissé peu à peu le chiffre de la mortalité à la suite de ces opérations. Ainsi d'après WOELFLER, la mortalité en 1881 n'était déjà plus que de 17, 6 : 100, et ce chiffre s'est encore certainement abaissé depuis lors, grâce aux perfectionnements apportés au traitement consécutif (iodoforme). En outre ces auteurs ont démontré que chez un certain nombre d'opérés (environ 14 0/0) la guérison se maintenait à la suite de l'extirpation de la tumeur. Les résultats que j'ai obtenus pour ma part sont à peu près identiques à ceux de BILLROTH.

Deux circonstances principales viennent aggraver d'une façon notable l'opération des carcinomes volumineux de l'organe, d'une part le danger d'hémorragie, et d'autre part l'accès difficile du champ opératoire dans les cas où la tumeur siège à la partie postérieure de la langue. Tandis qu'autrefois on cherchait à parer au danger d'hémorragie en enlevant la partie malade au moyen de la ligature, ou apprît dans le cours des dernières périodes décennales à empêcher tout écoulement sanguin de quelque importance par la ligature préalable des artères linguales, et l'on put alors reprendre le bistouri et les ciseaux. Nous aurons à étudier encore d'une façon particulière les procédés de ligature de ces vaisseaux, et nous voulons seulement rappeler ici que la ligature appliquée aux opérations de carcinomes de la langue est due à FLAUBERT, mais qu'elle a été préconisée, pratiquée et répandue surtout par ROSER. Puis apparurent deux nouvelles méthodes qui semblaient rendre inutile la ligature préventive, à savoir l'écrasement linéaire et l'emploi de l'anse galvanocaustique. En conduisant à l'aide d'une aiguille la chaîne de l'écraseur en arrière de la partie malade, et en fermant l'instrument lentement dans l'espace de vingt minutes environ, on peut arriver à pratiquer l'opération sans aucune perte de sang; l'anse galvanocaustique placée de la même manière donne également au point de vue de l'hémorragie de bons résultats si l'on a soin de n'employer qu'un courant très faible fourni par un seul élément, et d'opérer lentement avec un gros fil. MIRALTO pratiquait au cou une incision le long de la ligne médiane dans la région sus-hyoïdienne, puis, à l'aide d'une aiguille à manche, il passait à travers la partie postérieure de la langue un fil qu'il ramenait ensuite latéralement hors de la plaie. Dernièrement ROSE s'est servi du procédé suivant : après avoir incisé la joue de la commissure des lèvres jusqu'au masséter et la muqueuse jusqu'au pilier antérieur du voile du palais, il attira la langue en avant; puis à l'aide d'une aiguille légèrement recourbée il passa un fil double à travers la base de la langue, tout près de l'épiglotte; ces fils servaient de conducteur à deux chaînes d'écraseur, dont l'une était conduite verticalement autour de la base de la langue, et l'autre horizontalement vers le plancher buccal. Mais bien que les faits tirés de la pratique de ces chirurgiens aient démontré la possibilité d'opérer ainsi des carci-