

J'ai à peine besoin de rappeler ici que la langue est l'un des sièges de prédilection du cancer.

On peut trouver dans la langue des lipomes, des fibromes, des kystes, des tumeurs érectiles, etc., etc., comme dans toutes les autres parties du corps.

La langue est susceptible d'une hypertrophie générale, d'une sorte d'éléphantiasis auquel on a donné le nom de *macroglossie*. Il faut combattre cette affection par des excisions partielles.

On y rencontre des ulcérations de nature très variée : syphilitiques, scrofuleuses, tuberculeuses, actinomycosiques ; d'autres sont produites par le contact de débris dentaires. Dans l'épaisseur de la langue, le doigt constate parfois la présence de tumeurs multiples et dures qui ne sont autre chose que des gommés.

Je mentionnerai encore les plaques muqueuses, les fissures, etc., et aussi le *psoriasis*, ou leucoplasie linguale, point de départ fréquent d'une affection beaucoup plus grave, l'épithélioma.

La langue est solidement fixée à la place qu'elle occupe. Ses points d'attache sont : l'os hyoïde, l'apophyse styloïde et, surtout, le corps de la mâchoire inférieure. Ajoutons-y la muqueuse linguale, qui sert de moyen d'union en se réfléchissant sur les arcades alvéolaires.

La muqueuse peut être portée directement de la langue sur le maxillaire inférieur et constituer ainsi une variété d'*ankyloglosse*. Il existe alors autour de la langue une sorte de canal dont la paroi supérieure est formée par la muqueuse buccale. Trélat observa un cas de ce genre : au niveau du frein, il y avait un petit orifice ; il suffit, pour guérir le malade et libérer la langue, d'inciser avec des ciseaux ce repli muqueux.

Très rarement on a observé une véritable ankyloglosse, c'est-à-dire la soudure complète de la langue avec le plancher de la bouche. M. Duploux (de Rochefort) a signalé un de ces faits à la Société de chirurgie (séance du 30 mai 1883). Peut-être s'agissait-il plutôt, dans ce cas, d'une absence de la langue. Avant de pratiquer une opération quelconque pour libérer la langue, il faut, comme pour le bec-de-lièvre compliqué, attendre que l'enfant soit suffisamment développé, c'est-à-dire au moins une année.

Lorsque le chirurgien pratique la résection de la partie moyenne du corps de la mâchoire inférieure, il coupe nécessairement l'insertion des muscles génio-glosses : n'étant plus alors retenue en avant, obéissant à son propre poids, la langue tombe en arrière, abaisse l'épiglotte sur la glotte et détermine l'asphyxie ; le renversement de la langue peut aller jusqu'à l'oblitération complète du pharynx.

En conséquence, on devra préalablement fixer la langue avec une pince appropriée, ou mieux à l'aide d'un fil passé dans la pointe. Il y a, toutefois, à l'emploi de cette manœuvre un inconvénient qui exige certaines précautions. Le voici.

A l'état normal, la base de la langue surplombe l'orifice supérieur du larynx, qui se trouve ainsi caché, et nous savons que c'est là l'un des obstacles au passage des aliments dans les voies respiratoires. Or, lorsqu'on porte fortement la langue en avant, qu'on la sort de la bouche, cette disposition n'existe plus, et les liquides qui suivent le plancher de la bouche peuvent tomber directement dans le pharynx ; le sang coule en abondance pendant ces sortes d'opérations, s'engouffre alors dans la trachée, dans les bronches, et détermine une asphyxie