

glossite chronique profonde est presque toujours circonscrite à une portion des bords de la langue, et accompagne les ulcérations de diverse nature qui se développent sur l'organe, notamment celles qui se forment par le contact de dents gâtées (voy. p. 371).

CHAPITRE V.

ABCÈS ET FISTULES DE LA LANGUE.

La langue est exposée à deux sortes d'abcès : des abcès *phlegmoneux*, que nous avons signalés dans le chapitre précédent ; et des abcès *froids*, auxquels peuvent succéder des *fistules*. Les abcès froids et les fistules de la langue n'ont été décrits jusqu'ici dans aucun traité classique, et le premier j'ai publié dans l'*Union médicale* (1862, t. XVI, p. 347) une observation de ce genre.

Les *abcès froids* de la langue commencent par une induration circonscrite dans un point de l'organe; l'induration augmente les jours suivants, et la tumeur peut atteindre le volume d'une amande de noisette; bientôt la tumeur se ramollit, et si on y plonge une lancette, il en sort une certaine quantité de pus jaune verdâtre. Le plus souvent, cette évacuation du pus suffit pour amener une prompte adhésion des parois du foyer; d'autres fois, surtout lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, après que les parois ont subi un amincissement, il reste une fistule dans laquelle il est facile d'introduire un stilet de trousse. On constate, avec cet instrument, que la membrane fibro-muqueuse de la face dorsale de la langue est décollée des tissus subjacents, dans un rayon plus ou moins étendu. Dans les cas de ce genre, il faut, pour guérir la fistule, fendre, avec des ciseaux fins, la membrane fibro-muqueuse dans toute la longueur de la portion décollée; introduire au fond de la plaie quelques brins de charpie, et obtenir une cicatrisation du trajet du fond vers la surface. L'introduction de la charpie doit être faite plusieurs fois dans la journée, parce que les mouvements de la langue, dans l'action de parler, de boire et surtout de manger, chassent le corps étranger de la cavité qu'il occupe. On peut aussi, pour prévenir une adhésion trop prompte des lèvres de la plaie, les toucher légèrement tous les jours avec la pointe d'un crayon de pierre infernale.

CHAPITRE VI.

ULCÈRES DE LA LANGUE.

Les ulcères de la langue se développent sous l'influence d'une cause locale ou d'une affection générale.

1° **ULCÈRES DE CAUSE LOCALE.** Il n'est pas rare de rencontrer une ulcé-

ration de la langue causée et entretenue par le contact habituel d'une portion de l'organe avec une dent qui, par suite de la carie, offre des inégalités à bords tranchants. C'est principalement sur l'un des bords de la langue, au voisinage des dents molaires. Le malade se plaint de difficultés pour parler, mâcher et avaler. On a souvent confondu ces ulcérations avec des ulcères cancéreux; pour éviter une méprise, on aura égard aux circonstances suivantes : l'ulcère, occasionné par le contact habituel de la langue avec une mauvaise dent, occupe toujours le voisinage de la dent cariée, détermine un engorgement du tissu lingual circonscrit au voisinage de l'ulcération, et ne donne jamais lieu à des troubles graves de la santé. L'ulcère cancéreux peut se montrer sur tous les points de la langue; l'engorgement qui l'entoure se propage au loin, et à une certaine période surviennent les phénomènes généraux qui indiquent l'infection cancéreuse. Les ulcérations occasionnées par une mauvaise dent peuvent aussi être confondues avec des ulcères syphilitiques tertiaires; on aura égard aux antécédents du malade, à la concomitance d'autres accidents tertiaires. Dans les cas douteux, on fait arracher la dent cariée : si l'ulcération est de cause locale, elle guérit promptement; elle persiste au contraire si elle est de nature syphilitique ou cancéreuse.

Nous venons d'indiquer le traitement le plus rationnel à opposer aux ulcères de la langue, entretenus par le voisinage d'une dent cariée. Ajoutons qu'après l'arrachement de la dent, on favorise la cicatrisation de l'ulcère par des collutoires émollients et par l'attouchement de la solution de continuité avec la pierre infernale.

2° **ULCÈRES DE CAUSE GÉNÉRALE.** Il en est de scorbutiques; ceux-ci ont un aspect livide, une surface fongueuse qui fournit un écoulement sanieux et fétide (Boyer); il existe en même temps d'autres symptômes de scorbut. Mais les ulcères diathésiques les plus communs se rattachent à la syphilis. On rencontre sur la langue trois genres d'ulcères vénériens : des chancres primitifs, des ulcérations secondaires et des ulcérations tertiaires.

(a) Les *chancres primitifs* sont plus rares sur la langue qu'à la lèvre inférieure, ce que l'on a cherché à expliquer en admettant que le pus virulent déposé sur la langue est facilement entraîné par la salive, que la langue offre plus rarement que les lèvres des fissures et des écorchures. Le chancre primitif occupe presque toujours la pointe de la langue; il est en général solitaire, présente une forme arrondie, une surface creuse et un fond grisâtre, une base indurée, et s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire. Il est très-rarement atteint de phagédénisme et guérit promptement. On peut le confondre avec une ulcération cancéreuse; mais la rapidité de la cicatrisation, la circonscriptioin de l'induration, la conservation de la santé générale feront éviter une méprise. Les ulcérations de cause locale diffèrent du chancre, parce que les premières occupent l'un des bords de la langue, au voisinage d'une dent cariée.

(b) Les *ulcérations secondaires* sont plus rares à la langue qu'au voile du palais et aux amygdales; elles sont la conséquence de plaques muqueuses excoriées.

(c) Les *ulcérations tertiaires* succèdent aux tumeurs gommeuses. Elles sont caractérisées par un aspect grisâtre, un fond creux, une base et un contour indurés. Elles ressemblent aux chancres primitifs, dont elles diffèrent par l'absence, dans le plus grand nombre des cas, de l'adénopathie indolente sous-maxillaire et la multiplicité des ulcérations tertiaires. On les distingue des ulcérations de la langue par cause locale, en ayant égard aux caractères énoncés précédemment.

Le traitement des ulcères syphilitiques de la langue est général et local. Pour les chancres primitifs et les ulcérations secondaires, on administre les mercuriaux; pour les ulcérations tertiaires, c'est l'iodure de potassium. En même temps on prescrit des collutoires émollients et détersifs.

CHAPITRE VII.

TUMEURS DE LA LANGUE.

1° **TUMEURS SYPHILITIQUES.** Ce sont quelquefois de simples élevures de la surface de la langue plutôt que des tumeurs véritables, appartenant au groupe des plaques muqueuses: elles se présentent sous forme de taches grisâtres, arrondies ou allongées, occupant de préférence les bords et la face inférieure de l'organe, plus rapprochées de la pointe que de la base. Habituellement recouvertes d'épithélium, elles sont parfois excoriées et de coloration rosée. On juge de leur nature, à leur couleur grisâtre, leur situation superficielle, leur multiplicité, la coexistence d'autres plaques semblables et plus larges sur la face interne des lèvres, des joues et des amygdales, et de manifestations syphilitiques secondaires sur d'autres points du corps.

Les véritables *tumeurs syphilitiques* de la langue appartiennent aux accidents *tertiaires* de la syphilis. Les hommes en sont plus souvent affectés que les femmes. Les unes sont superficielles, les autres profondes. Les premières, tantôt solitaires et médianes, tantôt multiples et bilatérales, se développent sous la muqueuse de la face supérieure de la langue, avec laquelle elles sont intimement unies. Elles naissent dans le derme lingual ou dans le muscle lingual superficiel. Les secondes se forment dans l'épaisseur des fibres musculaires de l'organe, et se présentent sous la forme de noyaux durs, de la grosseur d'une noisette, en général multiples, plus ou moins rapprochés de la face supérieure ou de la face inférieure de la langue. Elles s'avancent des parties profondes vers la surface et finissent par s'ulcérer; leur présence détermine toujours une certaine irritation de voisinage qui se traduit par une glossite partielle. L'ulcération une fois formée persiste plus ou moins longtemps jusqu'à l'expulsion du produit morbide. Les malades ont des troubles de la prononciation et de la mastication en rapport avec l'augmentation de volume de la langue. L'engor-

gement ganglionnaire de la région sous-maxillaire n'est pas constant.

Le diagnostic offre des difficultés: (a) avant la période d'ulcération, il est possible de confondre les productions syphilitiques de la langue, soit avec une hypertrophie partielle de l'organe, soit avec une tumeur fibreuse, soit avec une production cancéreuse. C'est par l'examen des commémoratifs, des symptômes concomitants, de la marche ultérieure de l'affection, et au besoin par un traitement spécifique qu'on arrive à déterminer la nature du mal. (b) A une période plus avancée, il est encore possible de confondre les ulcères syphilitiques de la langue avec des ulcérations cancéreuses ou des ulcérations causées et entretenues par l'action d'une dent mauvaise. Dans ce cas, un traitement explorateur par l'iodure de potassium est encore souvent nécessaire pour préciser le diagnostic.

Le pronostic n'est pas grave quand la nature de l'affection est reconnue. Celles de ces productions morbides qui occupent la surface de la langue sont plus rebelles que celles qui siègent dans l'épaisseur de l'organe.

Le traitement est conforme à celui des autres accidents tertiaires de la syphilis: administration de l'iodure de potassium à l'intérieur; frictions sur la langue avec le chlorure d'or; dans les cas rebelles, Bouisson vante les effets de la liqueur de Donovan (iodo-arsénite de potasse), à la dose de 4 à 20 gouttes par jour, matin et soir.

2° **KYSTES.** Il en est de diverses espèces: on a rencontré, mais très-rarement, des *kystes pileux* et des *kystes hydatiques*, plus communément des *kystes séreux* et des *kystes muqueux*.

Les *kystes séreux* naissent aux dépens du tissu conjonctif de la langue. Ils renferment un liquide clair, transparent, dans lequel on découvre au microscope des cellules rondes, pâles et des granulations moléculaires. Les parois de la poche sont tantôt très-épaisses, tantôt très-minces; la surface interne du kyste est tapissée d'une couche mince d'épithélium.

Les *kystes muqueux* se montrent sur les divers points de la langue, plus souvent du côté de la surface que dans la profondeur. Il y a tout lieu d'admettre qu'ils se forment aux dépens des follicules glandulaires de l'organe. Ils renferment un liquide transparent, visqueux, ressemblant à du blanc d'œuf et analogue à celui qu'on trouve dans la grenouillette, d'où le nom de *grenouillette linguale* donné à ce genre de kyste. Le liquide contient de grandes cellules rondes, pâles, ou des cellules granuleuses résultant d'une transformation grasseuse, des corpuscules sanguins et des cristaux de cholestérine. Les parois du kyste sont épaisses.

Les causes sont obscures: notons que, dans un cas observé par P. Du Bois, le kyste, de nature séreuse, était *congénital*.

Les kystes de la langue se présentent, sous la forme de tumeurs arrondies, mollasses, plus ou moins élastiques, indolentes, à fluctuation obscure, ce qui peut les faire confondre, surtout quand ils sont recouverts d'une portion épaisse de tissu lingual, avec des tumeurs solides. Une *ponction exploratrice* est souvent nécessaire pour déterminer la nature de l'affection.

Le traitement est subordonné au genre de kyste: dans les *kystes séreux*,